



Università Cattolica Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"
Istituto di Igiene
in collaborazione con



"Villa Maria Cecilia Hospital" di
Cotignola (RA)

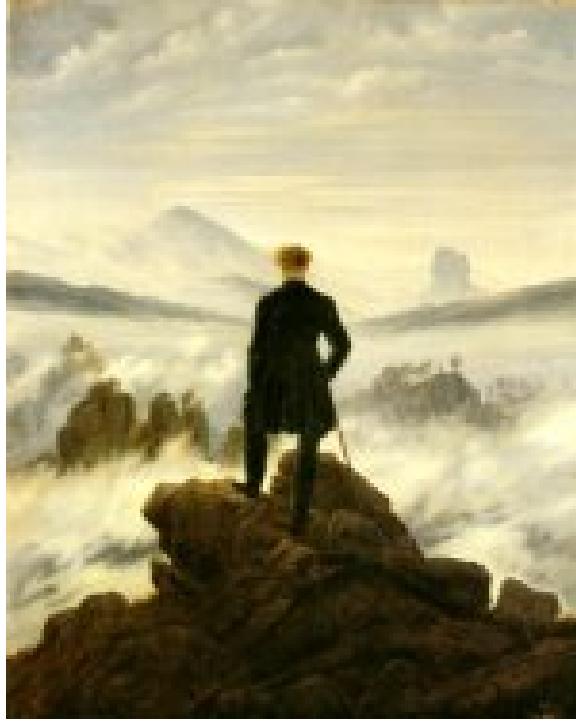
**Master Universitario di primo livello in
Management infermieristico per le funzioni di
Coordinamento**

**“GLI STRUMENTI GESTIONALI DI UNA TERAPIA
INTENSIVA CARDIOLOGICA (UTIC):
RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO”**

Relatore: Dott. Loris Dirani
Correlatore: Dott. Gianni Bagni

Corsista: Patrizia Venturini

Anno Accademico 2004/05



Il viaggiatore sopra il mare di nebbia (C.D.Friedrich)

***“Avere la consapevolezza di ciò che si sa,
conoscere d’ignorare quello che non si sa:
ecco il vero sapere”***

Confucio

INDICE GENERALE

RINGRAZIAMENTI	6
PREMESSA	8
INTRODUZIONE	12
CAPITOLO 1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO	
1.1 LA NORMA UNI-EN-ISO 9001 E DOCUMENTAZIONE DI SISTEMA QUALITA	16
1.1.1 CHE COSA SONO LE ISO 9000	16
1.1.2 COSA PREVEDE LA NUOVA NORMA UNI-EN-ISO 9001:2000	17
1.2 IL CONCETTO DI QUALITA'	20
1.3 L'APPROCCIO PER PROCESSI	23
1.3.1 FASI DEL PROCESSO	23
1.3.2 IL CICLO P.D.C.A.	28
1.4 ACCREDITAMENTO	30
1.5 IL SISTEMA DI QUALITA' DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	31
1.5.1 LA MISSION DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	32
1.5.2 PRINCIPI	32
1.5.3 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA QUALITA' DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	33
CAPITOLO 2 ANALISI DELLA SITUAZIONE	
2.1 PRESENTAZIONE DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	35
2.1.1 ANALISI DELL'UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA	38
2.2 REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA DI V.M.C.H.	41
2.2.1 IL RICOVERO NELL'UTIC DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	43
2.3 ANALISI DELLE CRITICITA'	46
2.4 BISOGNI EMERGENTI	48
2.4.1 I PROTOCOLLI DI ASSISTENZA	49
2.4.2 LA CARTELLA INFERMIERISTICA	50

2.4.3	L'ACCERTAMENTO ANAMNESTICO E L'ESAME OBIETTIVO	51
2.4.4	IL PERSONALE COME RISORSA STRATEGICA	52
2.4.5	LA FORMAZIONE PERMANENTE	53
2.5	CONOSCENZE E COMPETENZE SPECIFICHE PER L'UTIC	54
2.5.1	L'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO	55
2.5.2	L'EQUILIBRIO ACIDO-BASE	56
2.5.3	L'ELETTROCARDIOGRAFIA	57
2.5.4	IL MONITORAGGIO EMODINAMICO	58
2.5.5	LA CONTROPULSIONE AORTICA	58
2.5.6	IL TRATTAMENTO DELL'ARRESTO CARDIACO	59

CAPITOLO 3 ATTIVITA' MESSE IN ATTO

3.1	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'	61
3.2	STESURA E REVISIONE DEI DOCUMENTI	62
3.2.1	LA CARTELLA INFERMIERISTICA SECONDO LA TEORIA DI L.J. CARPENITO	62
3.2.2	PROPOSTA DI CARTELLA INFERMIERISTICA DA ADOTTARE IN U.O. DI CARDIOLOGIA/UTIC	68
3.2.3	PROPOSTA DI SCHEDA DI PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA IN UTIC	71
3.2.4	PROPOSTA DI SCHEDA INFERMIERISTICA DI TRASFERIMENTO DA UTIC/DEGENZA	73
3.2.5	MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PRIMARY NURSING IN UTIC	76
3.2.6	PIANO DELLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE IN UTIC	80
3.2.7	CHEK- LIST CARRELLO DELLE EMERGENZE-URGENZE IN UTIC	88
3.2.8	JOB DESCRIPTION DELL'INFERMIERE IN UTIC	91
3.2.9	PROPOSTA DI SCHEDA DI COMPETENZE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI UTIC	93
3.2.10	INSERIMENTO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	95
3.2.11	PROPOSTA DI SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'INFERMIERE DA ADOTTARE IN UTIC	101
3.2.12	PERCORSO FORMATIVO PER IL PERSONALE DI UTIC	106

CAPITOLO 4 VALUTAZIONE DEI RISULTATI

4.1 VALUTAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA	111
4.2 VALUTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	112
4.3 RUOLO DEL COORDINATORE NELLA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	114

CAPITOLO 5 RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

5.1 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DI UTIC A VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	117
5.1.1 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	118
5.1.2 FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO	119
5.1.3 VIGILANZA IGIENICO/SANITARIA E STRUTTURALE	120
5.1.4 QUALITA' E RICERCA	121

CONCLUSIONE	122
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA	125
--------------	-----

ALLEGATI

Allegato 1: *Planimetria UTIC, Villa Maria Cecilia Hospital*

Allegato 2: *n. 5 schede rilevazione analisi sistemica U.O. Cardiologia*

Allegato 3: Presentazione Evento Formativo Gruppo Villa Maria:
P. Venturini, *"Finalità e struttura della Cartella Infermieristica"*, Dicembre 2005.

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo percorso formativo, sono molte le persone che desidero ringraziare.

Il primo pensiero va a mio marito Oriano del quale, anche se non più in vita, continuo a sentire la preziosa, affettuosa e rassicurante presenza.

Un grazie alla mia famiglia, ai miei figli Mattia e Chiara che mi hanno appoggiato e sopportato nei momenti più difficili di questo percorso, ai miei genitori Gaetano e Gabriella che mi hanno incoraggiato e in particolare alla zia Claudia che mi ha sollevato da tanti lavori domestici.

Grazie al Relatore Dr. Loris Dirani per la grande disponibilità, competenza, alta professionalità e per il contributo fornito.

Ringrazio il D.A.I. Dr. Gianni Bagni per l'immensa professionalità, per aver creduto in me e per gli utili consigli che mi ha dato.

Un grazie alla D.A.I. Morena Golnelli per tutto il materiale fornito.

Grazie alla scuola e a tutti gli insegnanti per l'elevata preparazione, grande pazienza e disponibilità e per l'esperienza formativa che mi hanno fatto vivere.

Un carissimo ringraziamento va a tutti gli amici e colleghi, in particolare a Valentina Giardini, Nicoletta Ferroni e Angela Matera per il loro supporto morale e professionale.

Ringrazio il Coordinatore Infermieristico Anna Maria Versari per la disponibilità dimostratami in questo percorso formativo: senza il suo aiuto sarebbe stato molto difficile conciliare il lavoro con lo studio.

Un grazie particolare al Primario dell' Unità Operativa di Cardiologia Dott. Stefano Bosi e alla sua Equipe, per la preziosa collaborazione e alta professionalità.

Grazie ai miei compagni di corso, in particolare ad Oriana Gasperoni, perché assieme abbiamo vissuto delle indimenticabili esperienze che ci hanno fatto diventare, oltre che affiatate colleghe, anche carissime amiche.

Infine, un pensiero a tutte le persone, non nominate, che mi sono state vicine, mi hanno dato consigli e calore umano, un vero grazie di cuore anche a loro.

PREMESSA

La tesi da me presentata è l'ultimo tratto di un percorso formativo ricco di contenuti, che mi ha dato l'opportunità di unire conoscenze teoriche ad attività pratiche, di confrontare la realtà organizzativa ed assistenziale con le più recenti teorie del management.

La scelta di sviluppare la tesi sul ruolo del Coordinatore Infermieristico nell'utilizzo di strumenti gestionali quali l'implementazione e revisione delle procedure per l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), è dovuta alla necessità da parte dell'Organizzazione di utilizzare le strategie organizzative mirate ad ottimizzare le risorse, i modelli assistenziali innovativi e i progetti finalizzati a definire e uniformare attività e percorsi di nursing. Questi aspetti stimolano la riflessione critica sul proprio agire e forniscono gli elementi per adeguare le attività assistenziali allo sviluppo tecnologico e scientifico, nell'ottica del miglioramento continuo.

Inoltre, un professionista ha inevitabilmente la necessità di rispondere alle esigenze formative, attraverso la trattazione di argomenti finalizzati allo sviluppo di conoscenze e al perfezionamento di competenze, essenziali al miglioramento dell'assistenza infermieristica per la cura della persona con patologia cardiaca.

Con questi presupposti, ritengo di fondamentale importanza ripensare alla professione e riflettere sulla valenza del nursing, concepito considerando la centralità della persona, anche in

servizi di area critica ad alta specializzazione come l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica.

Il nuovo contesto socio-economico sta determinando, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, in modo sempre più evidente, una tendenza a spostarsi da sistemi di management orientati al rigore dei metodi e delle tecniche verso sistemi di management orientati alla soluzione dei problemi concreti, che tengano conto della multidisciplinarietà delle conoscenze e della loro integrazione per decidere ed operare con l'obiettivo di dare risposte adeguate ai problemi di salute.

Inoltre, i cambiamenti nella legislazione sanitaria hanno imposto una ridefinizione del sistema organizzativo deputato alla erogazione dei servizi sanitari, dove la sfida delle strutture sanitarie si gioca sulla capacità di prevedere i bisogni sanitari espliciti ed inespressi del cittadino e di essere in grado, di dare risposte diagnostiche-terapeutiche-assistenziali rispondenti a tali richieste.

L'introduzione della logica di mercato in sanità, dovuta al venir meno del monopolio che portava gli utenti a rivolgersi in gran parte alle strutture pubbliche a prescindere dalla qualità dei prodotti offerti, ha determinato la necessità di focalizzare l'attenzione su tutti quegli elementi che caratterizzano le prestazioni sanitarie per trovare un valore aggiunto in grado di marcare la differenza.

La qualità consente alla struttura organizzativa di definire il proprio servizio modellandolo sull'esigenza dell'utente-cliente tenendo conto sia degli aspetti clinici sia degli aspetti personali (sociali, culturali, psicologici ed emozionali) del "cliente".

Da ciò la necessità, per un Coordinatore Infermieristico, di porre la massima attenzione, durante le fasi di lavoro per l'organizzazione e la gestione della propria Unità Operativa, nell'identificare e supportare gli aspetti del sapere tecnico con quelli della comunicazione, dell'empatia, della personalizzazione delle cure e del coinvolgimento di tutti i protagonisti nella prassi assistenziale.

Il Coordinatore Infermieristico deve creare un ambiente dove tutti siano partecipi del progetto di miglioramento assistenziale nei confronti del paziente, combattendo l'inerzia al cambiamento che caratterizza tutti gli esseri umani.

La resistenza al cambiamento deriva dalla paura degli uomini che permane finchè non si diviene esperti, come scriveva Nicolò Machiavelli:



The Fighting Temeraire Tugged to Her Last Berth to Be Broken up. (W.Turner)

“Non c’è niente di più difficile, di più pericoloso o di più incerto che assumere la responsabilità di un nuovo ordine di cose, perchè l’inventore ha per nemici tutti coloro che si trovano bene nella situazione precedente e blandi sostenitori in tutti coloro che potrebbero fare bene nella nuova. Questa resistenza deriva [...] in parte dalla paura degli uomini che non credono prontamente nelle cose nuove fino a quando non ne divengono esperti.”

N. Machiavelli

INTRODUZIONE

In questi ultimi decenni, con il susseguirsi delle ultime riforme sanitarie, è cambiato il contesto normativo della sanità italiana, motivato essenzialmente dall'esplosione incontrollata e progressiva della spesa sanitaria, senza che parallelamente si verificasse un diffuso ed omogeneo aumento della qualità delle prestazioni.

Le nuove disposizioni legislative mettono al centro del sistema il paziente nella sua totalità; la professione infermieristica, essendo a strettissimo contatto con il paziente, ha un ruolo molto importante nell'attuazione del concetto di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni che vengono erogate e dell'organizzazione che le sottende.

Oggi, quindi, gli aspetti economici, la qualità, la responsabilizzazione, l'aziendalizzazione coinvolgono e ridisegnano la nostra attività professionale.

Il lavoro di organizzazione e gestione di una Unità Operativa quale l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), prevede la pianificazione, la programmazione, la valutazione e il controllo delle attività assistenziali delle figure professionali afferenti, attraverso:

- La programmazione delle attività, delle modalità operative, in relazione alle mutevoli esigenze e all'evoluzione della domanda assistenziale;

- L'identificazione delle risorse tecnologiche e umane rispondenti a criteri di funzionalità e qualità del servizio assistenziale;

- La definizione degli obiettivi, dei criteri, degli indicatori e degli standard per la valutazione dell'attività assistenziale.

In questo quadro, si precisa che gli aspetti strutturali dell'UTIC sono già presenti e in evoluzione, inoltre, la determinazione delle risorse umane, la determinazione delle tecnologie necessarie comprese la loro introduzione, sono responsabilità dell'Organizzazione.

Il Coordinatore Infermieristico viene coinvolto nella discussione e realizzazione del progetto e riveste un ruolo di responsabilità nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso:

- L'analisi dei processi assistenziali, l'individuazione dei punti di forza e dei punti di debolezza, il consolidamento e la diffusione di conoscenze tese a garantire prestazioni basate sulle migliori e più aggiornate prove di efficacia;

- La scelta del modello assistenziale di riferimento;

- La gestione e il coordinamento delle fasi di realizzazione, sperimentazione e verifica di strumenti di supporto per la pianificazione, la proceduralizzazione e la documentazione delle attività assistenziali;

- L'attivazione e il coordinamento di gruppi di lavoro per il confronto e miglioramento delle performance;

- La verifica e revisione continua attraverso la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione di indicatori e l'istituzione di un sistema di audit.

Infine, ritengo molto importante realizzare un insieme di iniziative finalizzate allo sviluppo professionale per:

- Elevare il livello di professionalità degli operatori in riferimento allo sviluppo delle conoscenze, del progresso tecnico-scientifico, dei mutamenti del contesto socio-culturale ed organizzativo, dell'evoluzione della domanda;
- Favorire l'orientamento e l'inserimento del personale neoassunto;
- Prevedere percorsi di aggiornamento continuo e di addestramento adeguati alle criticità assistenziali e in grado di far fronte all'elevato turn over del personale al fine di mantenere costanti i livelli di prestazione;
- Formare ed addestrare il personale di supporto.

Quando si elabora un progetto di questo tipo, vanno considerate molte variabili; più accurata è l'analisi, la pianificazione, la programmazione e la valutazione iniziale, più elevata è la probabilità di contenere i costi e fornire un'assistenza di alta qualità.

Qualsiasi errore commesso in queste fasi può avere ripercussioni future sia per l'azienda sia per il professionista.

La valutazione condotta in modo sistematico e ben strutturata permette di aggiungere valore al processo di gestione dell'organizzazione e di dare un'immagine di trasparenza e di chiarezza.

In sintesi, in un'organizzazione complessa come quella sanitaria, quanto descritto fino a questo punto rappresenta la "spina dorsale" di una strategia orientata al conseguimento degli obiettivi enunciati nella Politica della Qualità.

CAPITOLO 1

IL QUADRO DI RIFERIMENTO



Certificato di Conformità
Rilasciato a
OSPEDALE PRIVATO VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL SPA
Via Corriera, 1
48010 COTIGNOLA - RA - ITALIA

BVQI certifica che il Sistema di Gestione di questa organizzazione è stato valutato e giudicato conforme ai requisiti della norma

ISO 9001:2000

in relazione al seguente scopo

Progettazione e realizzazione dei servizi in regime di ricovero ordinario, day-hospital e/o day-surgery, ambulatoriale di cardiologia e riabilitazione cardiologica, cardio-angiologia diagnostica ed interventistica, chirurgia cardio-toraco-vascolare, neurochirurgia e gamma knife, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, oculistica, medicina generale.
Servizi di diagnosi e cura per pazienti interni ed esterni: laboratorio analisi, radiologia, TAC, RMN, emodinamica, aritmologia ed elettrofisiologia, radioterapia, fisiokinesiterapia, ecografia e fisiopatologia cardiovascolare, terapia ad onde d'urto.

Settore/i EA di attività: 38
Data prima approvazione: 03/09/1998

Soggetto al mantenimento continuo e conforme del sistema di gestione dell'organizzazione, il presente certificato è valido dal: 15/12/2003
Per verificare la validità del presente certificato consultare il sito web: www.bvqi.com
Ulteriori chiarimenti riguardanti lo scopo di questo certificato e l'applicabilità dei requisiti ISO 9001:2000 possono essere acquisiti consultando il manuale qualità dell'organizzazione.



Data: 18/02/2004
Certificato N°: 146006



Membro di MLA EA per gli schemi di accreditamento SQQ, SGA, PRD e PRS e di MLA IAF per gli schemi di accreditamento SQQ, SGA e PRD
Signatory of EA MLA for the accreditation schemes QMS, EMS, Product and Personnel and of IAF MLA for the accreditation schemes QMS, EMS and Product

SQQ N° 009 A
SGA N° 009 D
PRD N° 009 B



BVQI Italia Srl - Viale Monza, 261 - 20126 MILANO

SF06Q-Ed. 07/03

Certificato di conformità alla norma UNI-EN-ISO9001 –2000 di Villa Maria Cecilia Hospital

1.1 LA NORMA UNI-EN-ISO 9001 E DOCUMENTAZIONE DI SISTEMA QUALITA'.

1.1.1 CHE COSA SONO LE ISO 9000

Le norme ISO (International Organization for Standardization) sono norme tecniche internazionali utilizzate in ambito industriale a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, tuttavia, sono state estese anche ad altri settori compresa la sanità.

Le norme ISO sono state revisionate e dal Dicembre 2003 sono state rimpiazzate da sole 4 norme.

La norma UNI-EN-ISO 9001:2000 in particolare, costituisce il riferimento per l'implementazione di sistemi di gestione della qualità nelle organizzazioni ed è un valido strumento che consente di erogare prestazioni di qualità in un'ottica di miglioramento continuo.

Tale norma (detta "Vision") è l'unica certificabile ed indica i requisiti per la definizione e certificazione del Sistema di Gestione della Qualità.

L'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità obbliga la struttura a dimostrare che si è organizzato un sistema di gestione conforme alla norma.

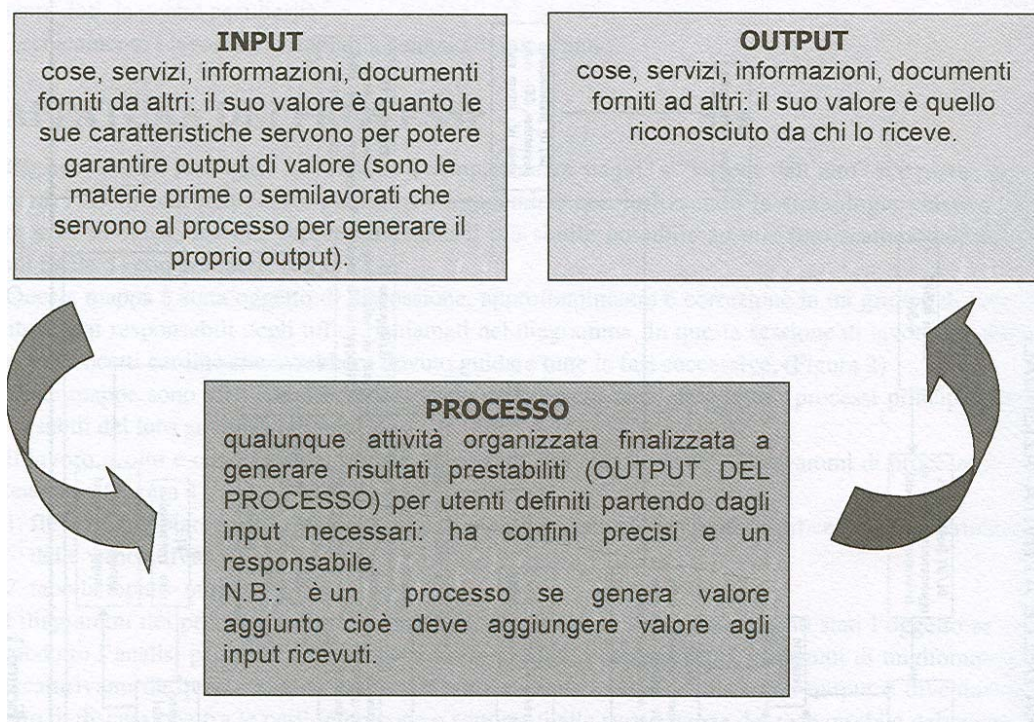
La struttura che ottiene la certificazione si aggiudica un riconoscimento pubblico (il certificato) che oltre a consentire un miglioramento dell'immagine, permette di gestire l'organizzazione

con una metodologia validata e riconosciuta a livello internazionale.

Per implementare il Sistema di Gestione della Qualità è indispensabile che la struttura definisca la Politica, gli obiettivi e stabilisca precise, sufficienti ed efficaci procedure conformi alla norma ISO 9001 che descrivono le attività svolte e le responsabilità degli operatori.

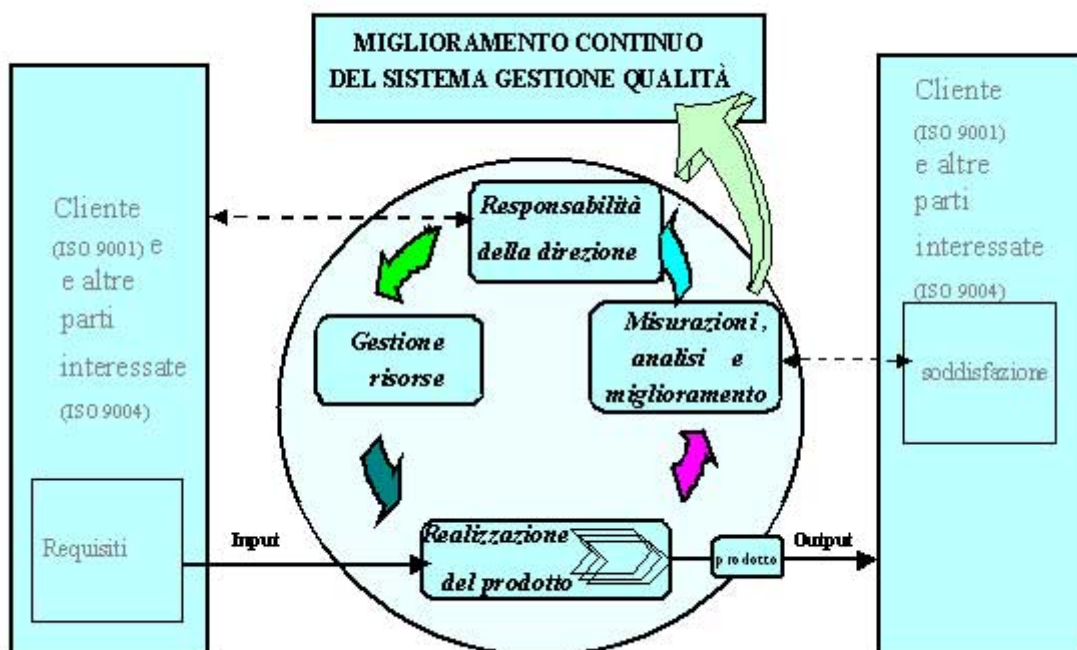
1.1.2 COSA PREVEDE LA NUOVA NORMA UNI-EN-ISO 9001:2000

La nuova norma ha le seguenti principali caratteristiche: è **basata sui “processi”**, cioè Occorre che l’Azienda analizzi e identifichi i processi interni, definisca la loro sequenza e, soprattutto, quali sono i risultati attesi (output) di ognuno dei processi critici a fronte delle risorse impegnate (input).



da: *L'applicazione della norma UNI-EN-ISO 9001:2000. Approcci adottati e risultati ottenuti-Atti Convegni Parma -15 settembre 2001*

Gli obiettivi devono essere misurabili e coerenti col sistema definito nella Politica dell'Organizzazione. **E' richiesto il miglioramento continuo** che presuppone la raccolta, l'analisi dei dati e la loro verifica per definire le opportunità di miglioramento. Il ciclo che porta al miglioramento continuo è così schematizzato:



Da: UNI EN ISO 9000

E' importante definire quali sono le funzioni e le competenze delle persone coinvolte nei processi attraverso le job description che specificano "chi fa che cosa".

A tal proposito, risulta importante parlare di *formazione permanente* come leva strategica indispensabile per la crescita personale, culturale e professionale. I processi formativi finalizzati all'aggiornamento del personale sono parte integrante

del Sistema Qualità e l'organizzazione, **oltre a registrare la formazione, deve anche valutarne l'efficacia**; per esempio, attraverso test, misura della performance ed interviste. La norma **si presenta come meno prescrittiva dal punto di vista formale**: si parla solo di sei procedure "obbligatorie" (Procedure delle Non Conformità, delle Azioni Correttive, Azioni Preventive, delle Verifiche Ispettive Interne, della Gestione documentale e relative registrazioni) mentre le modalità di pianificazione e documentazione degli altri aspetti/processi del sistema qualità sono lasciate alla discrezionalità dell'organizzazione.

La documentazione di Sistema necessaria per la certificazione comprende La Politica della Qualità, gli obiettivi per la Qualità e il Manuale per la Qualità che è un documento nel quale si identificano i processi interni all'organizzazione e come questi interagiscono per concorrere alla realizzazione degli obiettivi di qualità.

La norma inoltre **consente un facile allineamento con altri sistemi di gestione** come per esempio con il Sistema di Gestione Ambientale e il Sistema Sicurezza.

La nuova norma **rende obbligatorio l'implementazione della progettazione, qualora sia applicabile**. In Sanità si intende per "progettazione" l'introduzione di nuove attività (per esempio: nuove Unità Operative o Servizi) come nel caso dell'apertura della nuova UTIC.

1.2 IL CONCETTO DI QUALITA'

Esistono diverse definizioni del concetto di "qualità".

La norma ISO 9000 (Fondamenti e terminologia) indica la qualità come *"l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di una entità che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dell'utente"*.

Da ciò risulta semplice definire la qualità di un prodotto, ossia di un bene di consumo; è invece molto più complesso definire la qualità di un servizio, di un "bene di merito" come è la salute, erogata dalle strutture sanitarie.

La caratteristica dei servizi è la loro "non materialità"; sono infatti valutabili soltanto al momento della loro erogazione, durante la quale le eventuali anomalie-non conformità non sono più evitabili: una volta erogato, il servizio non è più modificabile, per cui occorre prestare attenzione prima della sua erogazione con adeguate procedure, controlli e con la formazione.

Il servizio è un'attività, una prestazione personalizzata, e la salute, che ha un forte contenuto emotivo, rende il "controllo" del servizio ancora più difficile.

Inoltre, nell'erogazione del "bene di merito" più grande che è la salute, la risorsa chiave sono le persone; nel caso specifico, il personale è un fattore fondamentale per ottenere i risultati richiesti, in termini di competenze, professionalità e doti umane.

I professionisti che operano in sanità, devono affrontare un percorso universitario complesso, lungo e costoso; per esercitare devono sostenere un esame di stato ed essere iscritti in appositi

elenchi; sottostanno al codice penale ed etico-deontologico e devono sottoporsi a riabilitazione per l'esercizio.

Il professionista, inoltre, lavora in autonomia clinica ossia interpreta, le procedure dell'Organizzazione in cui si trova ad operare, sulla base delle proprie conoscenze, l'esperienza e la formazione acquisite. Questa complessità di caratteristiche vincolerà l'Organizzazione a coinvolgere a sua volta i professionisti.

Lo sviluppo di una organizzazione si può infatti realizzare solo attraverso la valorizzazione dei professionisti, integrando le competenze, le attese ed i bisogni delle persone con il contesto lavorativo e con gli obiettivi aziendali.

Il professionista avrà una propria visione della *qualità erogata*, mentre l'utente ha una sua percezione della qualità, che viene appunto definita *qualità percepita*.

In caso di predisposizione di nuove attività, intese come nuove Unità Operative e Servizi, deve essere attivato un percorso di progettazione che tiene conto dei bisogni dell'utente, attraverso gli obiettivi e le risorse (sia umane che materiali) della struttura (*qualità progettata*).

Con la qualità progettata, l'obiettivo è di ridurre al minimo le differenze tra la qualità erogata, la qualità percepita e la qualità attesa in modo da poter soddisfare sia l'operatore sia l'utente.

E' importante sottolineare che questi aspetti di qualità sono dinamici, e per questo devono essere continuamente monitorati per gestire e migliorare le prestazioni delle persone, per costruire buone pratiche lavorative e introdurre di nuove, rinforzando l'integrazione e promuovendo l'innovazione.

Ciò che spinge in questa direzione è la centralità della persona quale fattore primario e di integrazione dell'intero percorso diagnostico-terapeutico, e polo d'aggregazione tra assistenza, didattica e ricerca.

In questo contesto, possiamo rappresentare le “dimensioni della qualità” che caratterizzano l'assistenza sanitaria, in questa figura:



1.3 L'APPROCCIO PER PROCESSI

Come anticipato al paragrafo 1.1.2, si definisce “processo” l'insieme delle attività dirette ed indirette, fra loro correlate che coinvolgono diverse competenze o funzioni aziendali di tipo organizzativo e di tipo sanitario, che generano “valore” per chi le riceve (cliente interno/esterno).

Parlare di valore significa che gli output ricevuti dal cliente sono giudicati d'interesse e quindi valutati positivamente ai fini degli obiettivi che il cliente stesso intende perseguire.

Un processo è caratterizzato da:

- IMPUT che vengono trasformati in output.
- RISORSE che attuano la trasformazione.
- CONTROLLI che determinano come e quando un processo accade.
- OUTPUT che rappresentano il risultato del processo.

1.3.1 FASI DEL PROCESSO

Per attuare un processo è necessario seguire in sequenza i seguenti step:

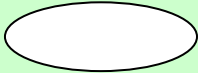

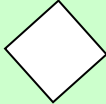
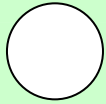
- 1) la mappatura del processo
- 2) l'identificazione delle aree critiche
- 3) L'identificazione degli indicatori finalizzati a misurare le performance del processo
- 4) misurazione e valutazione

1) MAPPATURA DEL PROCESSO O DISEGNO DEL PROCESSO

Mappare il processo significa rappresentarlo graficamente (per la mappatura del processo ci si avvale del Flow-Chart o Diagramma di flusso) utilizzando alcuni simboli grafici che hanno un preciso significato riconosciuto a livello internazionale.

La mappatura costituisce il supporto per procedere alle fasi d'individuazione delle aree critiche e degli indicatori.

Prima di iniziare la mappatura è necessario definire i confini del processo, cioè individuare dove inizia e dove finisce.

	EVENTO	Il verificarsi di una situazione. Normalmente un processo si apre e si chiude con un evento
	FLUSSO	Attività a cui segue un'altra attività
	SNODO DECISIONALE	Punto di scissione dei processi
	CONNETTORE AD UNA USCITA	Punto di unione dei processi. Due attività confluiscono nello stesso percorso.

2) IDENTIFICAZIONE DELLE AREE CRITICHE

Si definiscono "aree critiche" quelle attività che possono essere gestite e organizzate con modalità differenti; ne consegue che la scelta di una determinata prassi, procedura o protocollo rispetto alle altre determinerà un diverso impatto sulla performance del processo.

E' bene, quindi, analizzare l'area per individuare la modalità operativa che dà luogo ad una performance migliore.

3) IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICATORI

E' la fase più complessa di tutta l'attività, in quanto in essa bisogna identificare i fattori di qualità che rappresentino i concetti di efficacia ed efficienza. I fattori sono:

- **tempestività:** capacità di rispondere al bisogno al momento giusto o di espletare le attività in tempi idonei.
- **accessibilità:** facilità con cui è possibile accedere al servizio.
- **fruibilità:** facilità con cui è possibile fruire del servizio.
- **appropriatezza:** grado d'utilità delle prestazioni rispetto al problema clinico e allo stato di conoscenze.
- **produttività:** rapporto tra quantità di risorse impiegate e volumi prodotti.
- **soddisfazione dell'utente/cliente:** valutazione del servizio da parte del cliente, differenze tra qualità percepita e qualità attesa.

Un'analisi veramente completa dovrebbe valutarli tutti, cercando di raggiungere un equilibrio nella loro realizzazione.

Gli indicatori sono variabili inerenti all'oggetto che si vuole osservare, sono caratteristiche qualitative (paragonabili) o quantitative (misurabili) di un oggetto o di un fenomeno che sulla loro analisi consentono di costruire ipotesi o dare giudizi.

L'art. 1 comma 2 del Decreto del Ministero della Sanità del 24 Luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di

efficienza e di qualità nel SSN” recita: “gli indicatori rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e conseguentemente di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali”.

Per ciascun fattore di qualità si devono trovare uno o più indicatori che ne permettano una misurazione quantitativa (rappresentata da una scala numerica o descrittiva).

Il Ministero della Salute con il D.L. del 15 Ottobre 1996 ha individuato 53 indicatori diversi che “si inseriscono nel complesso sistema di valutazione del SSN e rispondono alle esigenze valutative proprie dei livelli istituzionali del Governo individuati nella Regione e nel Ministero della Salute”.

Questi 53 indicatori sono suddivisi per aree:

PERSONALIZZAZIONE UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA	17
DIRITTO ALL'INFORMAZIONE	8
PRESTAZIONI ALBERGHIERE	19
ASPETTI DELLA PREVENZIONE	9

Le Caratteristiche di un buon indicatore sono:

- **Attendibilità:** è veramente rappresentativo del fenomeno che si vuole misurare.

- **Significatività:** fornisce le informazioni che si cercano.
- **Rilevabilità:** i dati che servono per calcolarlo sono reperibili o il costo della loro rilevazione non è eccessivo rispetto all'utilità dell'informazione che permette di ottenere.
- **Tempestività:** le informazioni che fornisce giungono in tempo utile per poter essere utilizzate.

Si definiscono:

- ❖ **indicatori di struttura:** riferiti alle risorse (persone, ambienti, attrezzature).
- ❖ **indicatori di processo:** riferiti al comportamento degli operatori. Cosa si fa e come vengono svolte tutte le attività.
- ❖ **indicatori di esito:** misurano il risultato di ciò che è avvenuto dopo un certo intervento.

Esempio:

INDICATORI DI STRUTTURA	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO
N° posti letto attrezzati con dispositivi per la prevenzione delle lesioni da pressione	Mobilizzazione ripetuta ogni 2 ore	Numero di pazienti con lesioni da pressione
Esistenza di procedure specifiche del C.V. in reparto	Aderenza alle procedure nella corretta introduzione del C.V.	numero delle infezioni delle vie urinarie nei pz. con C.V.

4) MISURAZIONE E VALUTAZIONE

La misura degli indicatori ci permette di fare una valutazione che richiede un confronto rispetto a uno standard di riferimento.

L'attività di valutazione non si deve limitare a dare un giudizio sui risultati del processo, deve fare anche una analisi del "perché" si è ottenuto quel risultato e come si può fare per migliorarlo.

Lo standard può essere un livello minimo di accettabilità o un riferimento ottimale oppure un risultato del processo di lavoro:

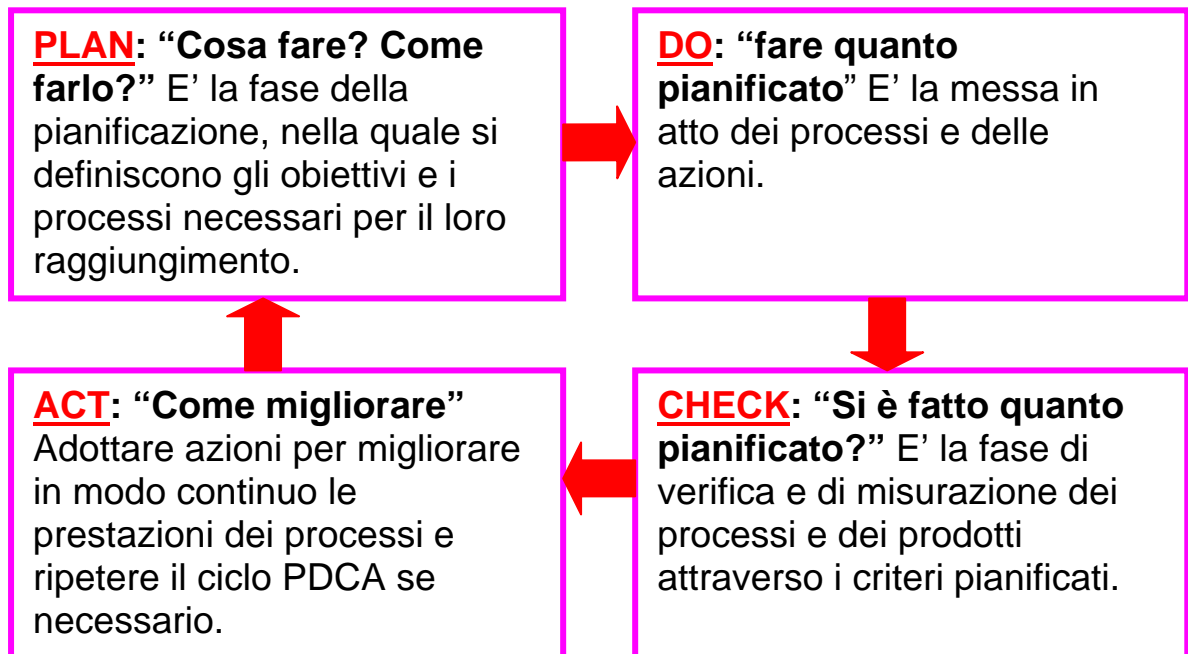
- **Standard di processo:** dà una indicazione del processo che si vuole effettuare.
- **Standard di risultato:** è quello che si vuole raggiungere.
- **Standard minimo:** è il valore soglia, sotto il quale non bisogna andare.
- **Standard ottimale:** è il valore di qualità teso al miglioramento continuo.

1.3.2 IL CICLO P.D.C.A.

Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e la riduzione dei costi sono ottenibili solo se si intraprendono azioni che intervengono sui processi, sulle cause delle irregolarità, delle inefficienze, dei ritardi e più in generale, sulle attività che consumano risorse senza aggiungere valore.

il modello a cui si fa riferimento è il ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act).

Di seguito si riporta uno schema illustrativo del ciclo nel quale ogni iniziale corrisponde a una delle 4 fasi in cui è suddiviso:



Quando si dà l’avvio ad un progetto di miglioramento, il gruppo a cui è stato affidato dovrebbe essere rappresentativo di tutti i ruoli professionali e d’attività che costituiscono il progetto. Il gruppo non deve essere eccessivamente numeroso e i suoi membri devono condividere gli obiettivi e le strategie da attuare. Deve essere coordinato da un Responsabile.

Il gruppo lavora utilizzando le fasi del ciclo PDCA; ciascuna fase vede al suo interno una serie di operazioni, che vanno dalla raccolta ed elaborazione dei dati, all’analisi delle informazioni, alla scelta e la formulazione di proposte d’intervento per poi passare all’implementazione concreta ed infine al monitoraggio continuo dell’attività.

Al termine, occorre chiedersi se i risultati attesi sono stati raggiunti, se si sono avuti effetti indesiderati

nell'implementazione del piano e se l'organizzazione è in grado di mantenere i progressi ottenuti dal miglioramento del processo. In tutte le fasi è importante documentare il percorso delle attività svolte.

1.4 ACCREDITAMENTO

“L'accreditamento è un processo di autovalutazione e revisione delle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello delle performance relativamente agli standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo della Qualità”¹.

Con l'accreditamento il legislatore individua i livelli minimi di qualità (organizzativi, strutturali, tecnologici) e delle prestazioni che una struttura sanitaria (pubblica o privata) deve possedere, se intende erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale.

In Italia il concetto di Accredimento ha un significato bivalente: **L'Accreditamento “istituzionale”** è obbligatorio se la struttura intende erogare prestazioni per il Servizio Sanitario Nazionale e le Regioni possono innalzare ulteriormente e autonomamente il livello degli standard minimi richiesti.

Nel caso della Regione Emilia Romagna, i requisiti richiesti sono specificati nel DGR 327/04.

¹ ISQua: International Society for Quality in Health Care, 1998

Villa Maria Cecilia Hospital è un Ospedale Accreditato con il Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna ed ha attuato le misure necessarie per gli adempimenti.

Gli adempimenti riguardano la serie dei requisiti generali e specifici per le Unità Operative e Servizi di cui ha richiesto l'Accreditamento, tra cui l'U.O. di Cardiologia e l'UTIC.

Il Sistema di Gestione della Qualità preesistente ha favorito il processo di accreditamento definitivo, in quanto molti aspetti del Sistema adempiono già in partenza i requisiti richiesti dalla normativa.

L'Accreditamento “professionale”, invece, è volontario e tende a migliorare la qualità degli aspetti organizzativi, tecnico-professionali e di conseguenza la qualità delle cure prestate.

1.5 IL SISTEMA DI QUALITA' DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

Villa Maria Cecilia Hospital (VMCH) ha ottenuto nel Settembre 1998 la Certificazione di Sistema Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9002 ed ha adeguato tale sistema alla norma UNI EN ISO 9001- Edizione 2000.

La decisione di intraprendere questo percorso nasce dalla volontà di strutturare e valorizzare il notevole patrimonio di competenze e di conoscenze cliniche, scientifiche, organizzative e tecnologiche sviluppato nel corso degli anni, al fine di proporlo agli utenti in modo sempre più efficace. La Qualità è concepita come pianificazione della gestione aziendale, per migliorare i

servizi erogati, soddisfare ed accrescere la soddisfazione del cliente e valorizzare le risorse interne alla struttura sanitaria.

1.5.1 LA MISSION DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

VMCH considera l'individuo il centro della propria attività e ha come obiettivo la salvaguardia della salute, quale bene inalienabile della persona.

La struttura intende rispondere efficacemente ai bisogni della comunità, con un'ampia gamma di prestazioni sanitarie, il cui fulcro è rappresentato dall' Alta Specialità.

VMCH è uno dei principali centri di Cardiochirurgia, di Cardiologia Diagnostica ed Interventistica e di Neurochirurgia in Emilia Romagna ed in Italia.

VMCH esprime la filosofia del Gruppo Villa Maria di cui fa parte, che prevede la realizzazione di strutture sanitarie di alta specializzazione e a misura d'uomo, con l'obiettivo di coniugare i risultati clinici e l'attenzione per la persona.

1.5.2 PRINCIPI

- Centralità della persona
 - Informazione e partecipazione
 - Rispetto della persona
 - Importanza del rapporto umano.
- Efficacia ed Efficienza dell'organizzazione
 - Alta professionalità
 - Tecnologie d'avanguardia
 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie

- Modello gestionale innovativo
 - Rispetto dei requisiti per l'accreditamento
 - Informazione al cittadino.

1.5.3 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

Villa Maria Cecilia Hospital ha implementato il proprio Sistema Qualità con l'ausilio della documentazione (Manuale della Qualità, Politica, Organigrammi, Procedure, Istruzioni, Moduli di Registrazione, Check-list).

Accanto alla documentazione obbligatoria, l'Organizzazione ha scelto di implementare con le procedure anche aspetti utili per favorire lo svolgimento delle attività mediche e infermieristiche in modo controllato, favorire l'inserimento del personale neoassunto, nel rispetto della normativa e delle linee guida. La documentazione è revisionata in funzione dei cambiamenti organizzativi, assistenziali, legislativi, contrattuali e delle evidenze scientifiche disponibili.

CAPITOLO 2

ANALISI DELLA SITUAZIONE



Villa Maria Cecilia Hospital- Ingresso principale



2.1 PRESENTAZIONE DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

Villa Maria Cecilia Hospital è un Ospedale Privato Accreditato col Servizio Sanitario Regionale, fondato a Cotignola (Ravenna) nel 1973, orientato all'Alta Specialità.

E' associato all'A.I.O.P (Associazione Italiana Ospedalità Privata che rappresenta oltre 500 ospedali privati sul territorio nazionale).

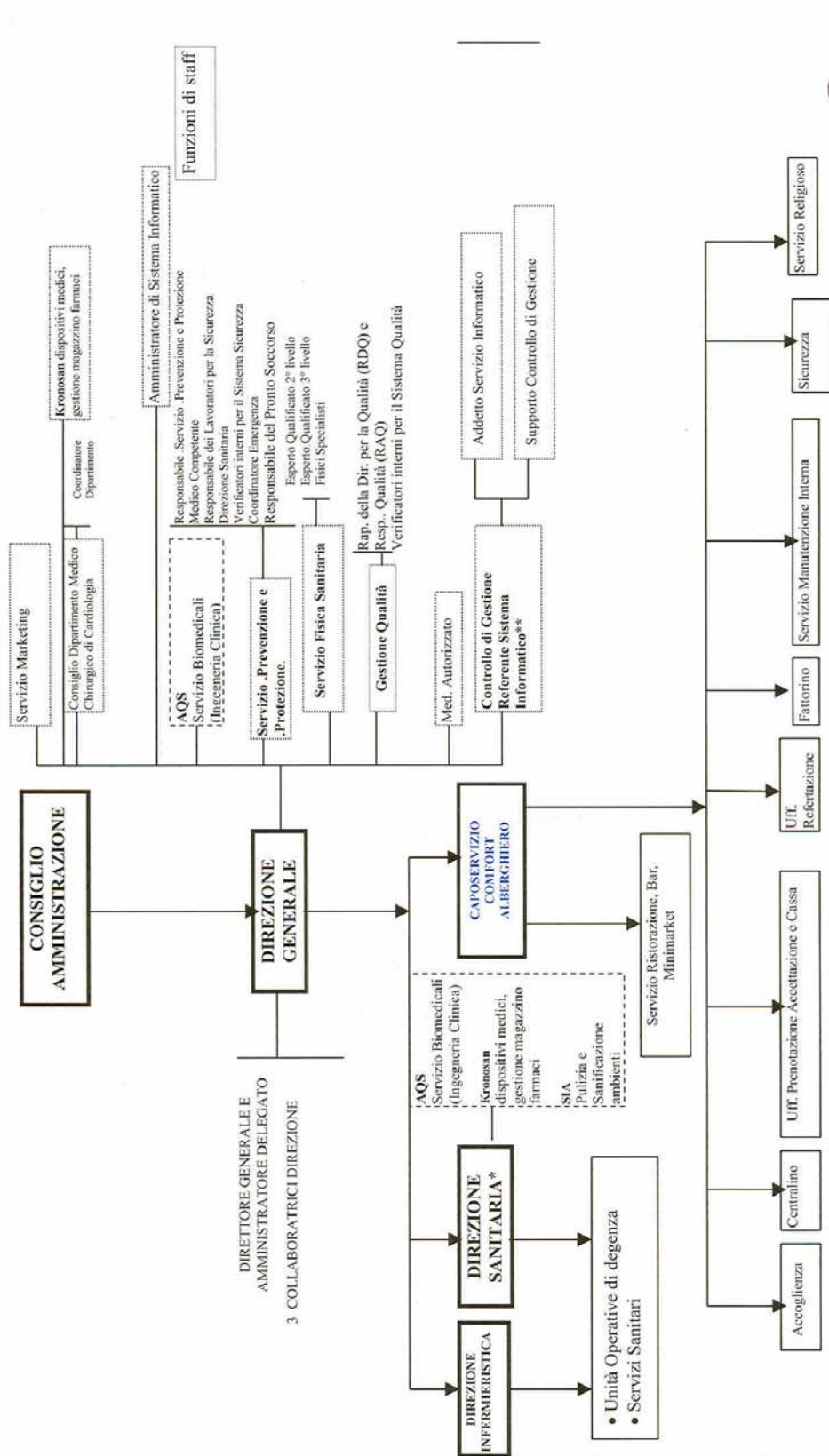
La Struttura dispone di 168 posti letto per ricoveri di diagnosi e cura, offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery.

L'attività della Struttura è organizzata in tre Dipartimenti ognuno dei quali raggruppa Unità Operative mediche e chirurgiche integrate, l'Organizzazione è completata da una serie di servizi ambulatoriali, da servizi sanitari di supporto e ausiliari, da servizi alberghieri.

Di seguito si riportano gli organigrammi (Organigramma complessivo e Organigramma in dettaglio della Direzione Sanitaria):

Organigramma complessivo di Villa Maria Cecilia Hospital:

VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL - Coignola (RA) - 168 posti letto
 Direttore Generale Dott. Fausto Pellati (Responsabile della Struttura)

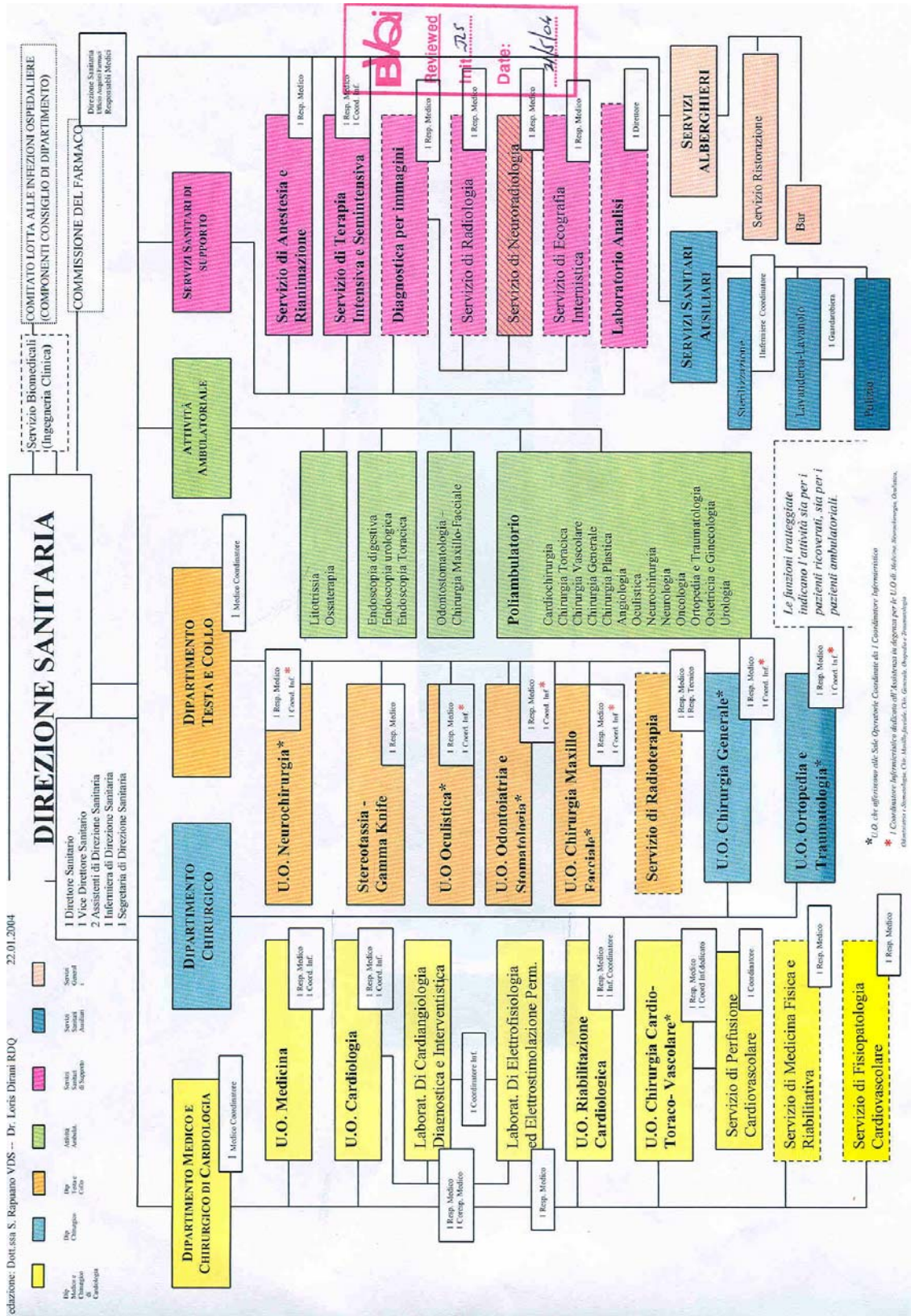


Il Direttore Generale Dott. Fausto Pellati

12.04.05
 Redazione:
 Dott. Fausto Pellati DG e Dr. Loris Dirani RAQ

* La funzione è sviluppata in altra pagina ** L'Ufficio del Controllo di Gestione è anche denominato "Ufficio Amministrativo"

Organigramma in dettaglio della Direzione Sanitaria:



2.1.1 ANALISI DELL'UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA

L'U.O. di Cardiologia si occupa della diagnosi e cura delle patologie cardiovascolari e tratta pazienti che soffrono di cardiopatia ischemica, angina instabile, angina post-infartuale, scompenso cardiaco e aritmie cardiache. Sono trattati anche pazienti che presentano situazioni di elevata complessità quali infarti in fase acuta.

I pazienti ricoverati possono anche provenire da strutture ospedaliere esterne.

L'U.O. si avvale di metodiche e procedure invasive e non invasive.

Le procedure non invasive comprendono:

- Ecocardiogramma basale e dopo stress farmacologico;
- Ecografia dei vasi arteriosi (arterie, carotidi, arterie renali, arterie degli arti inferiori), studio dei vasi venosi periferici degli arti;
- Elettrocardiogramma, Holter ;
- Monitoraggio elettrocardiografico in continuo, a letto o mediante telemetria;
- Test ergometrico (ECG da sforzo).

Le procedure invasive vengono svolte nel Laboratorio di Cardio-Angiologia Diagnostica ed Interventistica, dove vengono trattati pazienti con patologie dell'apparato vascolare di tipo ostruttivo o dilatativo per i quali la procedura invasiva è fondamentale nell'iter di diagnosi e cura.

Le procedure invasive sono svolte anche nel Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Permanente dove sono

trattate le patologie che comportano disturbi del normale ritmo cardiaco.

Le procedure diagnostiche ed interventistiche di Cardio-Angiologia sono:

- Angiografia cardiaca e vascolare
- Angioplastica coronarica e vascolare periferica
- Cateterismo cardiaco e Coronarografia
- Chiusura percutanea di difetti interatriali ed interventricolari
- Impianto di protesi endovascolari aortiche
- Valvuloplastica percutanea

Le procedure di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione sono:

- Ablazione transcatetere
- Ablazione transcatetere in cardiocirurgia valvolare
- Cardioversione elettrica endocavitaria
- Cardioversione elettrica esterna
- Impianto di defibrillatore automatico
- Impianto di Pace-maker biventricolare
- Impianto di Pace-maker definitivo monocamerale e bicamerale
- Studio elettrofisiologico endocavitario.

L'U.O. di Cardiologia è collocata al terzo piano della struttura, è costituita da una hall centrale dove si trova la guardiola infermieristica, lo studio medico, due ambulatori adibiti per gli accertamenti pre-ricovero, una sala d'attesa, un locale dove si eseguono le tricotomie, un deposito presidi, un deposito per lo smaltimento dei rifiuti, un deposito biancheria, una cucina e una stanza riservata al Medico di guardia. Dalla hall si dipartono tre

ali, di cui una in fase di ristrutturazione destinata alla nuova UTIC. Nelle restanti ali si trovano le stanze di degenza a due letti con servizi igienici e comfort quali, il telefono, il televisore, l'aria condizionata e il guardaroba.

Il totale dei posti letto disponibili è 36, di cui 4 a disposizione dell'UTIC, dotati di monitor per i pazienti più critici .

L'organigramma dell'U.O. è, ad oggi, composto da un Responsabile Medico coadiuvato da dieci Medici cardiologi che garantiscono la presenza di un medico di guardia 24 ore su 24, da un Coordinatore Infermieristico presente tutte le mattine dalle ore 8 alle ore 14 dal lunedì al sabato, fatte salve eventuali altre necessità, da sedici Infermieri che garantiscono la costituzione di turni di tre unità dalle ore 7 alle ore 21 e di due unità dalle ore 21 alle ore 7, e da due Assistenti di Base che garantiscono una presenza dalle ore 7 alle ore 19. Il personale ausiliario è costituito da due unità che a turno svolgono le attività di riordino del reparto e distribuzione dei pasti.

2.2 REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA DI V.M.C.H.

L'UTIC, fino ad oggi, è stata inclusa e operativa all'interno del reparto di Cardiologia; attualmente si sta costruendo la nuova UTIC per realizzare un'area appositamente dedicata, come richiesto dalla Direzione.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accreditamento sono i seguenti:

REQUISITI STRUTTURALI

La nuova UTIC sarà collocata in contiguità con l'area di degenza ordinaria cardiologia e sarà dotata di 4 posti letto con sistema a monitoraggio completo.

Dotazione minima di ambienti o spazi:

- zona strettamente assistenziale

AMBIENTI / SPAZI	NOTE	SITUAZIONE ATTUALE
Ambienti di degenza a 1-2 letti	Il locale per la degenza può essere organizzato tipo open space o articolato in box	conforme
Spazio controllo infermieri + consolle monitor		conforme

-zona dei servizi di supporto

AMBIENTI / SPAZI	NOTE	SITUAZIONE ATTUALE
Area tecnica di lavoro con strumentazioni e attrezzature (ambiente/spazio)		conforme
Area tecnica per procedure (ambiente)	quando non siano realizzabili al letto del paziente	conforme
Spogliatoio (ambiente) o zona filtro personale (continua)	(continua)	conforme (continua)

Stanza del medico di guardia (ambiente)	anche in comune con la degenza	conforme
Filtro visitatori		conforme
Locale per colloqui con i famigliari (ambiente)	anche in comune con la degenza	conforme

Le dimensioni dei locali saranno tali da permettere di operare a 360° intorno al letto per l'accesso con la barella e per la movimentazione delle apparecchiature.

vedi allegato n. 1: "*Planimetria dell'UTIC di VMCH*"

REQUISITI TECNOLOGICI

Dotazione attrezzature:

ATTREZZATURE	NOTE	SITUAZIONE ATTUALE
Trave testaletto	Almeno 1 presa per ossigeno, vuoto, aria compressa; almeno 4 prese di corrente 220 V 1 presa interbloccata per apparecchi RX portatili (anche a parete) prese di terra equipotenziali barra portastrumenti con lampada a braccio	conforme
Monitoraggio	100% dei posti letto il 25% dei p.l. deve essere attrezzato anche con monitoraggio a 2 vie di pressione invasiva, portata, ossimetria	conforme
Pompe a infusione	2 pompe per p.l. 1 di riserva ogni 2 p.l.	verifica in corso
Elettrocardiografo	1 a tre-sei canali 1 di riserva (anche condiviso con il reparto di degenza)	conforme
Defibrillatore più carrello di emergenza	Almeno 2	1 in dotazione e 1 in reparto di degenza
Pace-maker temporaneo completo di accessori (continua)	1 ogni 3 p.l. o frazioni minimo 2 (continua)	conforme (continua)

Materassi antidecubito	1 ogni 4 p.l.	conforme
Apparecchio emogasanalisi	deve essere disponibile la funzione	conforme
ACT, PTT	1 nella terapia intensiva	conforme
Ecocardiografo	1 nella terapia intensiva anche condiviso con strutture attigue	conforme
Respiratore	1 nella terapia intensiva dotato anche di allarme per la deconnessione del paziente, anche condiviso con strutture attigue	conforme
Aspiratori per broncoaspirazione		conforme
Letto tecnico		conforme
Diafanoscopio		conforme

L'impianto dei gas medicali deve prevedere una presa di ossigeno, vuoto e aria compressa per posto letto.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il personale descritto per il Reparto di Degenza sarà in comune con l'UTIC (1 Coordinatore Infermieristico, un numero congruo di Infermieri commisurato al carico di lavoro del Reparto di Degenza e UTIC, 1 Medico cardiologo presente nelle 24 ore).

2.2.1 IL RICOVERO NELL'UTIC DI VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

In UTIC vengono ricoverati pazienti con problemi cardiaci acuti e importanti.

La maggioranza dei pazienti ricoverati sono affetti da cardiopatia ischemica (infarto del miocardio, angina instabile), od aritmie potenzialmente pericolose per la vita (fibrillazione ventricolare,

tachicardia ventricolare, blocco atrio ventricolare di grado avanzato).

Altre patologie che hanno indicazione al ricovero in UTIC sono:

- Scompenso cardiaco severo
- Embolia polmonare massiva
- Sospetta dissezione aortica (in paziente emodinamicamente stabile in attesa dell'intervento)

Complicanze post procedurali quali:

- sintomi neurologici post PTA della carotide
- insufficienze renali significative
- complicanze emocoagulative (ematomi maggiori, anemizzazioni importanti, ecc).

Un'importante proporzione dei pazienti con cardiopatia ischemica acuta viene sottoposta a Coronarografia ed Angioplastica coronarica nel Laboratorio di Emodinamica e poi trattata in UTIC. Quindi avviene il trasferimento in Unità Operativa di Cardiologia oppure la dimissione.

Il ricovero in UTIC è sempre "urgente": non esiste pertanto una lista di prenotazione.

Il ricovero può avvenire con invio dal PS o con trasferimento dal Reparto di Cardiologia o dopo procedura in urgenza eseguita nei Laboratori di Emodinamica.

Sono stati chiesti alla Direzione Sanitaria i dati riguardanti i criteri di accesso per l'UTIC relativi all'attività accreditata e non accreditata a partire dall'ultimo trimestre dell'anno 2004 fino al 31 Ottobre 2005 :

-attività accreditata:

UTIC	ATTIVITA' ACCREDITATA IV° trimestre ANNO 2004	ATTIVITA' ACCREDITATA AL 31/10/2005
INGRESSI TOTALI	1	13
DI CUI TRASFERITI	1	13
DIMESSI TOTALI	1	13
DI CUI TRASFERITI	1	13
ENTRATI/USCITI STESSO GIORNO	0	0
TOTALE DECEDUTI	0	0
GIORNI DI DEGENZA	9	57

- attività non accreditata:

UTIC	ATTIVITA' NON ACCREDITATA IV° trimestre ANNO 2004	ATTIVITA' NON ACCREDITATA AL 31/10/2005
INGRESSI TOTALI	11	35
DI CUI TRASFERITI	11	35
DIMESSI TOTALI	11	35
DI CUI TRASFERITI	11	35
ENTRATI/USCITI STESSO GIORNO	5	7
TOTALE DECEDUTI	0	0
GIORNI DI DEGENZA	27	82

2.3 ANALISI DELLE CRITICITA'

Per la realizzazione di un Servizio di UTIC attiguo al Reparto di degenza di Cardiologia e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, ho intrapreso un'analisi critica, sistemica e documentata dell'organizzazione dell'Unità Operativa.

L'analisi sistemica dell'organizzazione permette una visione d'insieme dei rapporti esistenti tra i componenti dell'organizzazione in esame e il contesto in cui sono inseriti, consentendo così di individuare dei punti di forza e delle criticità esistenti nel suo interno, in modo da rilevare eventuali problemi e proporre soluzioni.

Per questa analisi ho utilizzato, per circa un mese, la "Scheda di rilevazione analisi sistemica dell'Unità Operativa" composta da otto colonne relative ai seguenti aspetti dell'organizzazione:

- Stile di direzione
- Modello organizzativo dichiarato
- Variabili organizzative di contesto
- Strumenti di gestione infermieristica in uso
- Criticità
- Punti di forza
- Azioni di miglioramento da intraprendere
- Piano di miglioramento (priorità)

vedi allegato n. 2: *n. 5 schede rilevazione analisi sistemica U.O. Cardiologia.*

Lo stile di direzione della Coordinatrice dell'U.O. di Cardiologia è di tipo *democratico/partecipativo*. Secondo questa modalità il leader partecipativo espone al gruppo la propria analisi dei problemi con proposte di soluzione, chiede e valuta i suggerimenti presentati e prende la decisione finale che il gruppo metterà in atto.

Il capo democratico valorizza le caratteristiche e le capacità di ciascun collaboratore, utilizza il potere del ruolo delegato dall'Organizzazione e il potere personale per promuovere la crescita del gruppo.

Il modello organizzativo nel Reparto di Cardiologia è "per compiti"; ciascun operatore, a rotazione o secondo altri criteri dell'Unita Operativa, svolge determinate attività: chi provvede alla terapia farmacologia, chi si occupa della rilevazione dei parametri vitali, chi delle medicazioni, chi dell'igiene personale al paziente ecc.

Il personale infermieristico si avvale, per la pianificazione delle attività assistenziali, di procedure, di protocolli, di check-list e di linee guida.

Dopo aver analizzato tutti i dati raccolti è emersa la necessità e l'urgenza di creare strumenti gestionali per la nuova UTIC, in particolare per la gestione dell'arrivo in urgenza di pazienti sottoposti ad angioplastica.

Per “angioplastica primaria” si intende una procedura invasiva la cui diagnosi è legata all’inserimento di sonde/dispositivi terapeutici all’interno dell’apparato cardiocircolatorio.

Questa procedura viene effettuata in urgenza /emergenza, ossia deve essere messa in atto nel più breve tempo possibile, per riuscire a riaprire il vaso coronarico che, chiudendosi per effetto di fenomeni trombotici, determina l’infarto.

La procedura diagnostica invasiva viene eseguita nei Laboratori di Emodinamica e successivamente un meeting tra il Cardiologo e l’Emodinamista definirà la strategia terapeutica adeguata da mettere in opera.

In attesa dell’apertura della nuova UTIC i pazienti sottoposti ad angioplastica primaria vengono trasferiti (a seconda delle condizioni) in Unità di Terapia Intensiva o in Cardiologia.

2.4 BISOGNI EMERGENTI

Per tutti i pazienti ricoverati in UTIC è necessario un monitoraggio elettrocardiografico continuo, misurazione della PA, monitoraggio della saturazione di O₂ capillare e una sorveglianza continua da attuare con un piano assistenziale personalizzato mirato a monitorare l’emodinamica del paziente.

Il ruolo che l’infermiere svolge in Unità Coronarica è estremamente importante ed è caratterizzato dall’unione dei tipici modelli assistenziali dedicati al paziente ospedalizzato, con modelli di assistenza intensiva che richiedono delle conoscenze

e delle competenze tali da rendere necessario un percorso formativo specifico per l'UTIC di tipo cardiologico e la programmazione di un aggiornamento continuo.

Il raggiungimento di questi obiettivi, comporta la necessità di elaborare dei protocolli di intervento mirati che rispondono ad alcune fondamentali esigenze:

- Rendere maggiormente efficace nel singolo paziente il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale;
- Facilitare la trasmissione delle conoscenze all'interno dello staff medico-infermieristico;
- Rendere l'intervento anche economicamente "cost-effective"

2.4.1 I PROTOCOLLI DI ASSISTENZA

Un bisogno emergente è quindi la realizzazione di procedure/protocolli assistenziali per l'UTIC.

Si definisce "protocollo" lo strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo definito nell'ambito della professione.

La finalità del protocollo è quella di permettere l'erogazione dell'attività infermieristica in maniera efficace, efficiente e omogenea.

L'elaborazione di protocolli rappresenta la risposta alla necessità di standardizzare procedure all'interno del gruppo e costituisce un momento di incontro e collaborazione tra équipe medica e infermieristica.

Lo strumento del protocollo infermieristico in una UTIC può anche essere utile a stimolare gli infermieri alla gestione attiva di particolari interventi assistenziali.

2.4.2 LA CARTELLA INFERMIERISTICA

L'evoluzione culturale che ha specificatamente interessato la figura dell'infermiere in questi ultimi anni, ha fatto nascere le condizioni per una particolare attenzione all'organizzazione del lavoro come elemento determinante per migliorare la qualità delle prestazioni.

La Cartella Infermieristica è sicuramente uno strumento organizzativo costruito a questo scopo ed è frutto dell'autonomia professionale degli infermieri oggi riconosciuta e sancita da recenti provvedimenti normativi come l'abolizione del vecchio mansionario (Dec.min. 14 settembre 1994 n.739 e Legge 42/1999 del 10 febbraio).

Nell'assistenza quotidiana al paziente ricoverato, in particolare in UTIC, è fondamentale l'ottimizzazione della trasmissione delle informazioni: sia di indagini diagnostiche sia di prescrizioni di specifici trattamenti o terapie.

E' necessaria un'organizzazione che sia in grado di gestire il passaggio delle informazioni e a garantirne l'espletamento in tempi e modi appropriati.

La Cartella Infermieristica si presenta come uno strumento idoneo a sistematizzare l'organizzazione del lavoro, consentendo di racchiudere tutto l'iter del singolo paziente in un documento accessibile anche a quella parte di personale che, articolandosi

in turni di servizio con cadenza pomeriggio-mattina-notte, si trova nell'impossibilità di instaurare un rapporto di continuità assistenziale, che non viene garantita nella stessa misura con il tradizionale "passaggio delle consegne".

Si può definire la Cartella Infermieristica uno strumento operativo, progettato e gestito dall'Infermiere per:

- Garantire la pianificazione dell'attività assistenziale,
- Permettere l'individualizzazione dell'assistenza,
- Permettere la valutazione del raggiungimento degli obiettivi,
- Costituire una fonte di dati (banca dati) per ricerche sull'assistenza infermieristica,
- Documentare l'attività eseguita per ciò che concerne gli ambiti di autonomia, di competenza e di responsabilità dell'Infermiere.
- Essere di supporto (evidenza) nelle controversie legali
- Garantire la continuità delle prestazioni
- Garantire la qualità delle prestazioni
- Permettere l'autovalutazione dei risultati

2.4.3 L'ACCERTAMENTO ANAMNOSTICO E L'ESAME OBIETTIVO

Nella pianificazione del processo di assistenza l'accertamento e la raccolta dei dati del paziente costituiscono uno step indispensabile .

Anche se la raccolta dell'anamnesi rimane ancora un momento tradizionalmente considerato "medico", le esperienze

infermieristiche sottolineano come sia molto importante, in particolare in UTIC, che l'infermiere raccolga alcune informazioni. Le informazioni riguardano la storia clinica del paziente (es. i fattori di rischio e la sintomatologia antecedente al ricovero) ma anche la storia personale e il contesto sociale in cui vive, elemento che spesso può richiedere approcci diversi e può spiegare alcune difficoltà di adattamento del paziente alla Terapia Intensiva Cardiologica.

La condizione psicologica del paziente e il contatto quotidiano con il personale dell'UTIC fanno sì che si instauri un clima relazionale con implicazioni fortemente condizionanti la "qualità" della sua degenza, intesa nel senso più ampio della parola.

La possibilità di instaurare un colloquio riguardo i propri problemi rende il paziente più disponibile ad accettare cure ed interventi assistenziali e lo aiuta a ridurre il livello di ansia e stress che lo accompagna costantemente durante il ricovero in Unità Coronarica, dove si trova spesso ad essere in una condizione di completa dipendenza dallo staff infermieristico-medico ed è indispensabile che ne acquisisca una completa fiducia.

L'attenzione ad alcuni parametri di base, le loro modificazioni durante la degenza e la collaborazione col medico aiutano l'infermiere a comprendere le variazioni positive e quelle negative della clinica del paziente.

La conoscenza dei fattori di rischio del singolo paziente permette all'infermiere di svolgere anche il ruolo importantissimo dell'educazione sanitaria, rendendo l'intervento infermieristico maggiormente mirato al paziente con patologia cardiovascolare.

2.4.4 IL PERSONALE COME RISORSA STRATEGICA

Nelle aziende di servizi, come ho già accennato precedentemente, il capitale umano ha un valore maggiore rispetto alle altre risorse, esso rappresenta il “cuore” dell’organizzazione; il suo atteggiamento, l’umore, disponibilità e la competenza sono per il paziente la fotografia di tutta l’organizzazione.

Il modello organizzativo non deve essere basato prevalentemente sul controllo dei singoli atti e dei singoli operatori ma piuttosto deve promuovere la capacità e lo sviluppo dell’autovalutazione del proprio agire.

Questo concetto è particolarmente valido per i professionisti che lavorano in UTIC dove la specificità e la dimensione qualitativa dell’esperienza individuale nel proprio lavoro è fortemente sentita.

Sviluppare il proprio talento, le abilità, le attitudini, in altre parole “la voglia di fare meglio” sono aspetti da incoraggiare e promuovere per rendere più efficace e migliorare il servizio.

Il modello organizzativo orientato all’empowerment (inteso come ambiente di lavoro responsabilizzato), rappresenta una nuova strategia in quanto si devono creare le condizioni affinché il singolo professionista possa diventare un attivo “problem solver”, che programma ciò che deve essere fatto e come, senza aspettare disposizioni di tipo top down.

Ognuno deve sentirsi in grado, indipendentemente dalla funzione e dal ruolo ricoperto, di conseguire i migliori risultati, pronto a compiere quanto è necessario per realizzare questo obiettivo e non solo ad eseguire ciò che gli viene richiesto.

2.4.5 LA FORMAZIONE PERMANENTE

In un percorso di continua crescita e di revisione delle proprie performance in coerenza con i sempre nuovi e diversi bisogni assistenziali, la formazione permanente diventa un elemento irrinunciabile per ogni professionista.

In particolare per gli infermieri dell'UTIC, la formazione prevalentemente di tipo tecnico specialistico, sta assumendo sempre più frequentemente un orientamento di integrazione multidisciplinare, finalizzata alla comprensione completa e condivisa dei processi clinico-assistenziali per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

2.5 CONOSCENZE E COMPETENZE SPECIFICHE PER L'UTIC



Vi sono elementi specialistici che caratterizzano la professione infermieristica all'interno di una Terapia Intensiva Coronarica.

Di seguito ne riporto alcuni che ritengo di fondamentale importanza per il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente.

2.5.1 L'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO

L'importanza del bilancio idrico nei pazienti ricoverati in UTIC è un aspetto fondamentale dell'assistenza.

Il bilancio idrico deriva dalla differenza tra l'assunzione di liquidi, la distribuzione e l'escrezione degli stessi e la perdita attraverso altre vie. Il bilancio idrico viene mantenuto quando la quantità di liquidi assunti e quella di liquidi eliminati sono in pareggio e i fluidi vengono distribuiti normalmente nei vari compartimenti del corpo.

La quantità di liquidi assunti va regolata nei pazienti di Terapia Intensiva Cardiologica dal personale dedicato, che deve quantificare l'assunzione di fluidi attraverso le varie vie di somministrazione.

La quantità di liquidi escreti viene calcolata sul tratto respiratorio, le urine, le feci e cute (perspiratio insesibilis e sudore).

Il volume urinario varia dai liquidi assunti, ma in un paziente ricoverato in UTIC, può dipendere fortemente dalla terapia e dallo stato ormonale.

Altre vie di perdita di fluidi sono il vomito, diarrea, stato febbrile, la presenza di drenaggi e l'emorragia.

È importante mantenere un equilibrio dei principali elettroliti (sodio, potassio, calcio e magnesio), poiché giocano un ruolo fondamentale sulle funzioni cardiovascolari, come la conduzione

dell'impulso e la contrazione miocardica. Un attento monitoraggio va quindi instaurato in quei pazienti che, assumendo farmaci, in particolare diuretici, possono avere degli squilibri rapidi con gravi conseguenze aritmiche o emodinamiche.

2.5.2 L'EQUILIBRIO ACIDO-BASE

L'emogasanalisi in UTIC è importante per seguire l'andamento dei pazienti, in particolare quelli con severo deficit contrattile e/o quelli con scompenso cardiaco.

Il metabolismo cardiaco produce normalmente acido carbonico e acidi metabolici che devono essere escreti per mantenere l'equilibrio acido-base nel nostro corpo.

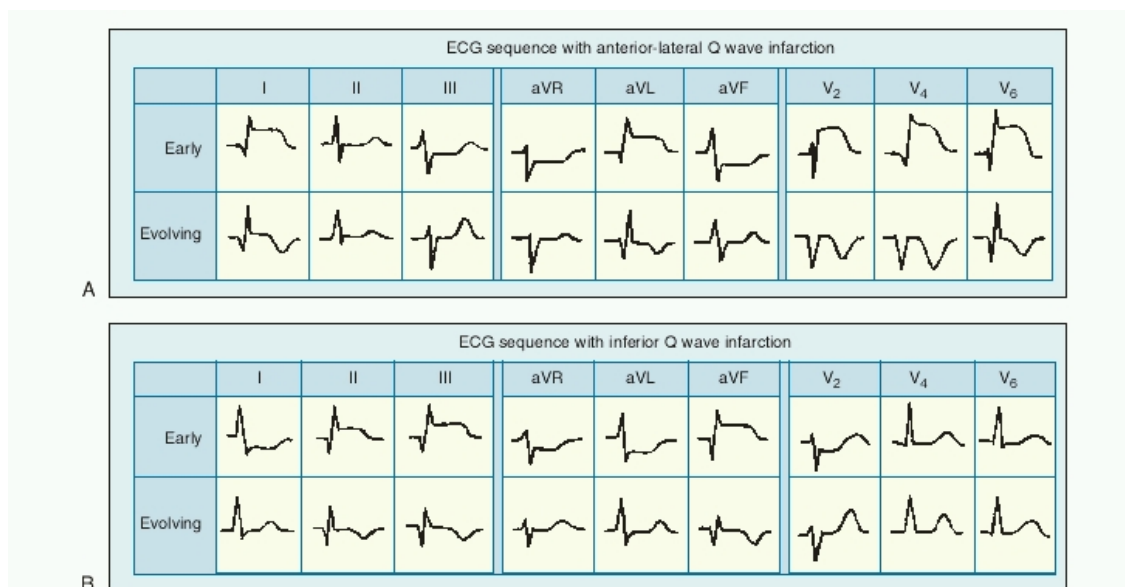
L'acido carbonico viene eliminato attraverso i polmoni con la ventilazione alveolare e la PaCO_2 è l'indicatore ematico di tale processo; il rene si fa carico, invece, dell'escrezione degli acidi metabolici e la quantità di ioni bicarbonato presenti nel plasma è la spia clinica della presenza di acidi metabolici non sufficientemente eliminati. L'obiettivo è quello di mantenere il pH fisiologico del sangue (7,35-7,45), che influenza la struttura e la funzione di molti enzimi del corpo e inoltre modifica l'affinità tra l'ossigeno e l'emoglobina.

L'emogasanalisi è inoltre uno dei parametri da valutare nel caso un paziente presenti dei sintomi improvvisi di dispnea o disorientamento mentale e va eseguita nel momento in cui il sintomo si presenta; pertanto diventa fondamentale la preparazione cardiologica del personale infermieristico.

2.5.3 L'ELETTROCARDIOGRAFIA

La conoscenza dell'elettrocardiografia di base per poter registrare in maniera adeguata l'attività elettrica del cuore è una caratteristica specifica del bagaglio di conoscenze dell'infermiere che lavora in UTIC e non si può non considerare l'autonomia del personale infermieristico nell'esecuzione dell'esame e anche la capacità di analizzare e riconoscere alcune anomalie.

In Unità Coronarica è fondamentale conoscere le nozioni di base del monitoraggio cardiaco, sia per quanto riguarda la presenza di aritmie ipercinetiche o ipocinetiche, sia per quanto riguarda il monitoraggio del tratto ST per pazienti con infarto acuto, nei quali l'andamento del tratto ST nelle prime ore e durante trombolisi è un elemento che orienta scelte terapeutiche più o meno aggressive e più o meno costose. Inoltre, nel caso dell'angina instabile, spesso le modificazioni del tratto ST precedono il sintomo "dolore toracico" e identificarle significa instaurare una terapia precoce nel paziente e ridurre la durata dell'ischemia miocardica.



2.5.4 IL MONITORAGGIO EMODINAMICO

Nei pazienti critici in UTIC viene utilizzato il monitoraggio invasivo dei parametri vitali. Ciò avviene quando i rilievi standard quali PA, FC e FR, non sono sufficienti per le scelte terapeutiche oppure, per la verifica emodinamica dell'effetto di particolari farmaci in infusione continua.

Si utilizzano a questo scopo il monitoraggio cruento della pressione arteriosa e il cateterismo destro con catetere di Swan-Ganz posizionato in arteria polmonare.

Questo monitoraggio permette la misurazione dei determinanti della funzione cardiaca quali il pre-carico, post-carico, portata cardiaca, e le variazioni ottenute con la terapia.

La preparazione del paziente e quella tecnica deve essere estremamente precisa per gli aspetti di sterilità dovuti ad un intervento di tipo invasivo sul paziente.

Il ruolo dell'infermiere è quello di rilevare i parametri con cadenza determinata dalla clinica del paziente, concordati con il medico e deve essere in grado di conoscere il significato dei parametri che sta rilevando per attivare tempestivamente l'intervento del medico.

2.5.5 LA CONTROPULSAZIONE AORTICA

Nei pazienti con angina instabile severa o shock cardiogeno associato ad infarto miocardico acuto, oppure durante e dopo un'angioplastica d'emergenza, viene sempre più frequentemente utilizzata la contropulsazione aortica.

La tecnica consiste nel posizionamento, per via femorale percutanea, di un catetere fornito di un pallone, nell'aorta

toracica, subito a valle dell'emergenza della succlavia sinistra e a monte dell'emergenza delle arterie renali. L'obiettivo della contropulsazione aortica è quello di aumentare la perfusione diastolica coronarica gonfiando il pallone durante la diastole e sgonfiandolo alternativamente durante la sistole.

Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente con contropulsatore è molto delicato e va controllato con molta attenzione il punto di inserzione femorale per riconoscere precocemente possibili sanguinamenti o la presenza di segni di ischemia all'arto inferiore.

2.5.6 IL TRATTAMENTO DELL'ARRESTO CARDIACO

La fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare sono la causa dell'80-90% degli arresti cardiaci non traumatici nella popolazione generale.

La defibrillazione è l'intervento efficace per tale emergenza.

Poiché il paziente che viene ricoverato in UTIC è a rischio elevato per sviluppare un arresto cardiaco, è indispensabile che il personale che lavora presso le Terapie Intensive Cardiologiche abbia le conoscenze di base per riconoscere e trattare un arresto cardiaco anche in assenza del medico.

A questo proposito sono stati svolti corsi di BLS-BLS (*basic life support -defibrillation*) e ALS (*advance life support*) e programmati successivi retraining.

CAPITOLO 3

ATTIVITA' MESSE IN ATTO



La lezione di anatomia del Dr. Tulp (Rubens)

***“Qualunque cosa gli altri facciano meglio,
dobbiamo sforzarci di farla
almeno altrettanto bene”***

(Ranck Xerx Co: “Mission”)

3.1 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'

Un progetto di miglioramento senza chiari obiettivi rischia di non ottenere nulla.

E' necessario definire con precisione le finalità del progetto, così da poter individuare la metodologia più adatta.

Nell'ottica della Qualità orientata al "miglioramento continuo" proporrò, con questa tesi, delle soluzioni per la gestione dell'assistenza infermieristica in UTIC, con l'obiettivo di migliorare la "presa in carico della persona" e consentire all'Infermiere una partecipazione attiva nel processo assistenziale al paziente.

In particolare, cercando di rispondere alle domande: "cosa voglio migliorare, cosa voglio rafforzare e cosa voglio assicurare?", ho rivolto il mio impegno per:

- progettare la Cartella Infermieristica quale strumento operativo per la pianificazione dell'assistenza infermieristica;
- progettare la scheda infermieristica di trasferimento dall'UTIC al Reparto;
- introdurre il modello organizzativo assistenziale "primary nursing";
- definire il Piano delle attività infermieristiche;
- definire insieme al Primario dell'U.O. di Cardiologia la Check-List del carrello delle emergenze/urgenze;
- definire-rivedere le Job Description in UTIC
- predisporre lo Stato di competenza del personale di UTIC;
- ideare la Scheda di valutazione del personale neoassunto/neoinserito.

- programmare, sia in base ai bisogni commissionati dall'Organizzazione sia in base ai bisogni emersi dal gruppo dei professionisti, dei percorsi formativi con l'obiettivo di formare e responsabilizzare il personale infermieristico e medico dell'UTIC.

Per quanto riguarda le procedure operative (es. per l'accoglienza, per tipologia di paziente, ...), i profili diagnostico terapeutici-assistenziali (es. esami da effettuare, trattamenti specifici...) saranno prodotti dal personale di UTIC con opportuni gruppi di lavoro multiprofessionali.

3.2 STESURA E REVISIONE DEI DOCUMENTI

3.2.1 LA CARTELLA INFERMIERISTICA SECONDO LA TEORIA DI L.J.CARPENITO

Per la progettazione e realizzazione della Cartella Infermieristica in UTIC ho ritenuto di utilizzare i Modelli Funzionali di M. Gordon e il piano di assistenza secondo il Modello Bifocale di Lynda Juall Carpenito.

Ho scelto questa teoria perché, secondo la mia analisi critica, si adatta molto bene al tipo di assistenza specifica che l'infermiere è chiamato a svolgere ai pazienti ricoverati in UTIC.

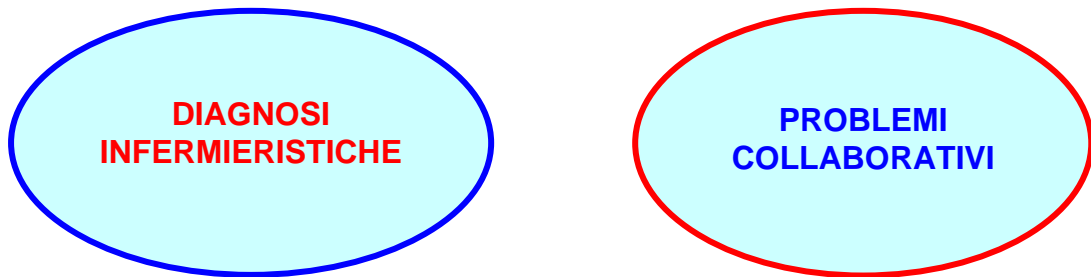
L'infermiere di UTIC infatti, nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale al paziente, svolge attività sia in autonomia sia in collaborazione con altri professionisti.

I Modelli di Gordon sono 11, comuni per tutte le persone e sono la guida per l'identificazione delle diagnosi infermieristiche.

1. Modello di percezione della salute-gestione della salute (tabacco, alcolici,....)
2. Modello nutrizionale-metabolico (dieta, indicatori di stato nutrizionale)
3. Modello di eliminazione (escrezione intestinale, urinaria)
4. Modello di attività-esercizio fisico (mangiare e bere, igiene personale, vestirsi, deambulazione)
5. Modello di riposo-sonno (rilassamento)
6. Modello cognitivo-percettivo (stato di coscienza linguaggio, udito, vista, dolore)
7. Modello di percezione di sé-concetto di sé (immagine di sé)
8. Modello di ruolo-relazione (lavoro)
9. Modello di sessualità-riproduzione
10. Modello di coping-tolleranza allo stress
11. Modello di valori-convinzioni (credenze spirituali, scopi che guidano scelte e decisioni).

Il “Modello Bifocale” di Carpenito identifica due situazioni cliniche nelle quali l'infermiere interviene, una in veste di operatore “prescrittore” con la formulazione delle “diagnosi infermieristiche” e l'altra in veste di collaboratore con le altre professioni per la formulazione dei “problemi collaborativi”.

L'infermiere è abilitato ad individuare, trattare, valutare:



DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Descrive la risposta umana, reale o potenziale, a un problema di salute per il quale l'infermiere ha la competenza di trattamento indipendente.

PROBLEMA COLLABORATIVO

Descrive un problema identificato dall'infermiere che richiede prescrizioni mediche e azioni infermieristiche.

E' una complicanza fisiologica reale o potenziale, che può derivare da un trauma, un trattamento, uno studio diagnostico, su cui gli infermieri intervengono in collaborazione con altre discipline.

La formulazione della diagnosi è composta di due parti:

la prima descrive il problema, la seconda indica i fattori eziologici.

Le due parti sono unite dai termini *collegato a*, *dovuto a*.

Esempio: *Dolore toracico dovuto ad interruzione del flusso coronarico.*

Riguardo ai problemi collaborativi la formulazione della diagnosi inizia con il titolo diagnostico *Complicanza potenziale* (CP)

Esempio: *Complicanza potenziale: aritmia*

Problema	Eziologia	Sintomi
Correlato a	che si manifesta con	
Titolo della diagnosi	Fattori contribuenti	segni sintomi

Sia nelle diagnosi infermieristiche che nei problemi collaborativi si richiede la messa in atto del processo di assistenza in tutte le sue fasi: *accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione.*

ACCERTAMENTO:

È il primo passo del processo di assistenza e comprende la raccolta, la verifica e l'organizzazione dei dati sullo stato di salute della persona.

I dati possono essere ottenuti attraverso:

- ✓ l'osservazione
- ✓ l'intervista al paziente
- ✓ la raccolta di anamnesi infermieristica
- ✓ l'esame obiettivo
- ✓ la collaborazione/consulenza con altri membri del team
- ✓ l'organizzazione dei dati e verifica di incongruenze.

DIAGNOSI:

L'infermiere emette un giudizio professionale sui vari dati che ha raccolto, che diventano indicatori diagnostici per la formulazione di diagnosi infermieristica o di problema collaborativo, allo scopo di aiutare il paziente a raggiungere o a mantenere lo stato di salute che desidera.

PIANIFICAZIONE:

Il piano di assistenza

- ✓ definisce il centro di attenzione dell'assistenza infermieristica da fornire alla persona
- ✓ distingue le responsabilità dell'infermiere da quelle degli altri membri dell'equipe sanitaria
- ✓ fornisce dei criteri per la revisione e valutazione dell'assistenza (miglioramento della qualità).

Gli obiettivi del paziente e gli obiettivi infermieristici rappresentano degli standard o delle misure che si utilizzano per valutare i progressi del paziente (esiti) o le prestazioni dell'infermiere (processo).

Se un obiettivo non viene raggiunto, o non si evidenziano progressi in tale direzione, l'infermiere deve rivalutare il suo grado di raggiungibilità o rivedere il piano di assistenza.

Gli obiettivi possono essere a lungo, medio o a breve termine.

ATTUAZIONE:

Questa fase del processo di nursing implica l'applicazione delle abilità necessarie alla messa in atto degli interventi infermieristici.

- ✓ Esecuzione di attività al posto del paziente o aiuto per il loro svolgimento

- ✓ Valutazione rivolta all'identificazione di nuovi problemi o al monitoraggio delle condizioni e dei problemi esistenti
- ✓ Insegnamento al paziente
- ✓ Aiuto al paziente nel prendere decisioni
- ✓ Consultazione o invio ad altri operatori sanitari
- ✓ Esecuzioni di specifiche azioni di trattamento volte a eliminare, ridurre o risolvere problemi di salute
- ✓ Aiuto al paziente affinché esegua da solo determinate attività
- ✓ Aiuto al paziente per l'identificazione di rischi e problemi e per la ricerca delle alternative disponibili.

VALUTAZIONE:

La valutazione si rapporta:

- ✓ Alle condizioni del paziente
- ✓ Ai progressi verso il raggiungimento degli obiettivi
- ✓ Allo stato e all'attualità del piano di assistenza.

3.2.2 PROPOSTA DI CARTELLA INFERMIERISTICA DA ADOTTARE IN U.O. DI CARDIOLOGIA / UTIC

VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL
UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA/ U.T.I.C.

CARTELLA INFERMIERISTICA UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA/ UTIC

COGNOME _____	ACCERTAMENTO: NOME _____	LETTO _____
NATO IL _____ A _____	SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
RESIDENTE A _____	VIA _____	n° _____
PROVENIENZA DA: <input type="checkbox"/> proprio domicilio <input type="checkbox"/> altro _____		
Persona referente indicata dal paziente da contattare in caso di necessità:		
_____	tel. _____	/ _____
_____	tel. _____	/ _____

INGRESSO il _____	DIMESSO il _____	TRASFERITO il _____
DIAGNOSI MEDICA D'INGRESSO: _____		

ALLERGIE RIFERITE: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> farmaci _____
<input type="checkbox"/> alimenti _____
<input type="checkbox"/> altro _____
(specificare)

TERAPIA ANTICOAGULANTE:
<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> sottocute

MODELLO COGNITIVO PERCETTIVO
STATO DI COSCIENZA: <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> confuso/disorientato <input type="checkbox"/> altro _____
LINGUAGGIO: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> altro _____
UDITO: <input type="checkbox"/> integro <input type="checkbox"/> protesi acustica <input type="checkbox"/> altro _____
VISTA: <input type="checkbox"/> vedente <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> altro _____
DOLORE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tipo: <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico
Sede: _____
Modalità di insorgenza: _____

MODELLO DI ATTIVITA' / ESERCIZIO FISICO
MANGIARE E BERE: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> dipendente
IGIENE PERSONALE: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> dipendente
VESTITI: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> dipendente
DEAMBULAZIONE: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> dipendente
AUSILI: _____ (continua)

MODELLO NUTRIZIONALE / METABOLICO

PAZIENTE DIABETICO: SI NO

- dieta antidiabetico orale insulino dipendente
 dieta libera / comune dieta personalizzata protesi dentale mobile
 altro _____

MODELLO DI ELIMINAZIONE

- URINARIA: regolare/minzione spontanea
 incontinente: usa _____
 catetere vescicale tipo _____
 posizionato il _____ sostituito il _____ rimosso il _____
 INTESTINALE: regolare stipsi diarrea incontinente
 stomia

RIPOSO E SONNO

- regolare insonne altro _____

MODELLO DI PERCEZIONE / GESTIONE DELLA SALUTE

- TABACCO no interrotto da _____
 si, quanto _____
 (n./die)
 ALCOLICI no
 si, quanto _____
 (lt./die)
 ALTRO _____

MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' / TOLLERANZA ALLO STRESS

- tranquillo preoccupato agitato

MODELLO DI RUOLO / RELAZIONE

Occupazione _____

MODELLO DI SESSUALITA' / RIPRODUZIONE

- Figli _____ ciclo mestruale _____ menopausa/andropausa
 pillola

MODELLO DI VALORI / CONVINZIONI

- fede professata _____

ESAME OBIETTIVO

PESO _____ ALTEZZA _____

- RESPIRO: eupnoico dispnoico tosse secrezioni
 Ossigeno terapia L/m _____

SISTEMA TEGUMENTARIO: cute integra altro _____

catetere venoso periferico
 posizionato il _____ sostituito il _____

CVC
 posizionato il _____ rimosso il _____

- edemi declivi

POLSO forte debole ritmico aritmico (continua)

<input type="checkbox"/> PA _____	<input type="checkbox"/> FC _____	<input type="checkbox"/> TC° _____
<input type="checkbox"/> ECG di controllo _____		
<input type="checkbox"/> ACT _____		
<input type="checkbox"/> HGT _____		
<input type="checkbox"/> DIURESI (24 ore) _____		
<input type="checkbox"/> BILANCIO entrate uscite _____		
<input type="checkbox"/> altro _____		

NOTE _____

Data _____

Firma Infermiere _____

3.2.3 PROPOSTA DI SCHEDA DI PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA IN UTIC

VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

SCHEDA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA-UTIC

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICA	OBIETTIVI ASSISTENZIALI	INTERVENTI INFERMIERISTICI	INDICATORI DI RISULTATO
	Dolore toracico dovuto ad interruzione del flusso coronarico	Scomparsa del dolore	-somministrazione farmaci come da prescrizione medica -monitoraggio ECG, PA, saturazione di O2 -O2 terapia -monitoraggio enzimi cardiaci ogni 3 ore per 24 ore -ridurre al minimo lo sforzo del pz.	(da compilare)
	Ansia correlata alla incertezza e paura dell'ignoto	Il pz. è tranquillo e collaborante	-assicurare un ambiente confortevole -informare il pz. su ogni manovra, agire con fermezza e tranquillità -mostrare interesse per i problemi esposti ascoltandolo e consigliandolo	
	Rischio di emorragia dovuto alla infusione di: -integrilin -aggrastat -reoprò -eparina	Non si presentano segni di emorragia per tutto il tempo della somministrazione dell'anticoagulante per via venosa	-controllo ACT -controllo emocromo -compressione dei punti di reperi -controllo feci, urine, ematomi,epistassi, sanguinamento gengivale	
	Rischio di sanguinamento e/o ematoma in sede di puntura femorale dopo procedura di: -coronarografia -PTCA -....	Evitare la comparsa di sanguinamento e/o ematoma	-informare/educare il pz. e verificare la medicazione compressione -controllo visivo della cute -controllo del polso pedidio, calore e colore arti inferiori -rimozione della medicazione compressiva dopo 12 –16 ore dalla PTCA -mobilizzazione cauta e controllata	
	Rischio di complicanze: -aritmia ipo/ipercinetica - shock - scompenso sinistro	Il pz. non presenta complicanze o se si manifestano le supera precocemente	-informare /educare il pz. -controllo continuo del monitoraggio cardiaco, F.C., F.R., P.A... -trattamento dell'aritmia-controllo continuo monitoraggio cardiaco, F.C., P.A. -controllo del sensorio -controllo della diuresi oraria -controllo temperatura e colore delle estremità -controllo saturazione O2 -bilancio idrico a fine turno -controllo respirazione e sintomi	
	Difficoltà respiratoria dovuta allo scompenso cardiaco	-Facilitare gli scambi gassosi -Il pz. riferisce una diminuzione dell'affaticamento respiratorio	-tranquillizzare il pz. e informarlo sulle manovre che verranno eseguite -posizione ortopnoica -ossigenoterapia -monitoraggio della saturazione di O2 -controllare l'andamento della dispnea -bilancio idrico	
	Rischio di ritenzione idrica legata all'insufficienza cardiaca	Il pz. raggiunge un adeguato equilibrio idro-elettrolitico	-controllo bilancio idrico a fine turno -controllo edemi declivi -controllo P.A. -su prescrizione medica: dieta iposodica ecc.	(continua)

	Alterazione dell'eliminazione intestinale dovuta a: - incontinenza, - diarrea, - stipsi	-Il pz. riprende la normale eliminazione -non presenta complicanze	-informare ed educare il pz. -valutare quantità e qualità delle feci -uso di presidi -cure igieniche al bisogno -mantenere la pelle asciutta e pulita -educare il pz. ad evitare la manovra di Valsala	
	Alterazione dell'alimentazione e/o idratazione dovute a: -limitazione fisica -problemi psicologici	-Il pz. rispetta la dieta prescritta -Il pz. si alimenta autonomamente -Il paziente riceve un adeguato apporto nutritivo e idrico	-informare il pz. -predisporre il pz. e l'ambiente per l'assunzione del pasto -verificare gli alimenti assunti -monitoraggio di liquidi introdotti	
	Alterazione dei valori glicemici in pz. diabetico	-mantenimento dei valori entro valori definiti -evitare le complicanze	-informare/educare il pz. -rilevare la glicemia ad orari prestabiliti -dieta ipoglicidica -controllo degli alimenti assunti -somministrazione della terapia ipoglicemizzante come da prescrizione medica	
	Incapacità/ difficoltà ad eseguire l'igiene personale dovuta all'allettamento	-il pz. riesce in un primo momento con l'aiuto di un operatore, poi autonomamente a gestire l'igiene personale -il pz. è pulito e indossa abiti asciutti e puliti	-garantire l'igiene personale -aiutare il pz. nell'igiene personale e nel cambio della biancheria -garantire comfort e privacy -educare/informare il pz.	
	Incapacità/difficoltà di mobilizzazione dovuto a: -limitazione fisica -procedura -ecc...	il pz. non presenta complicanze causate dall'immobilizzazione -il paziente riesce a mobilizzarsi in un primo momento con aiuto, poi autonomamente	-informare ed educare il pz. -mantenere le posture corrette -posturare ciclicamente secondo orari prestabiliti -utilizzare ausili adeguati secondo le esigenze	
	-il pz.mantiene la integrità cutanea	-informare e educare il pz. -posturare ciclicamente -utilizzare presidi adeguati -controllare la cute		
	Alterazione della comunicazione dovuta a : -disorientamento -agitazioni/aggressività -depressione/ansia	-il pz. riesce a relazionarsi con gli operatori	-informare il paziente sulle manovre eseguite -garantire un ambiente tranquillo -monitorare lo stato di coscienza -monitorare lo stato emotivo -stimolare il pz. ad esprimersi -somministrare la terapia specifica e verificare l'esito	
	Difficoltà a riposare dovuto a: -cambiamento dello stile di vita -ecc...	Il pz. riesce a riposare	-assicurare un ambiente tranquillo e ridurre/eliminare le fonti di disturbo -assicurare l'igiene e il comfort del pz. -attuare una relazione di sostegno -somministrare la terapia e verificare l'esito	
	Difficoltà di adattamento allo stato di malattia dovuto al cambiamento dello stile di vita	Il pz. accetta la sua patologia entro la dimissione e comprende la necessità di un nuovo stile di vita	-permettere al pz. di sfogare le proprie emozioni -rispondere alle domande con cortesia e chiarezza ed eseguire educazione sanitaria -rassicurarlo sulle possibilità di recupero psico-fisico -infondergli sicurezza per quanto riguarda il percorso dopo la dimissione	

3.2.4 PROPOSTA DI SCHEDA INFERMIERISTICA DI TRASFERIMENTO DA UTIC/DEGENZA

Ritengo di grande utilità l'introduzione e l'utilizzo di una Scheda Infermieristica di trasferimento dall'UTIC al Reparto di Degenza.

L'infermiere della Terapia Intensiva Cardiologia può, attraverso questo strumento, fornire al collega di reparto in modo sistematico, chiaro e completo tutte le informazioni utili sul paziente, ottimizzare la comunicazione tra i professionisti e garantire la continuità assistenziale.

La compilazione di questa scheda permette inoltre all'infermiere di reparto di non rivolgere al paziente le stesse domande su informazioni già chieste; mi riferisco in particolare ai dati anagrafici, n. telefonico, informazioni su particolari terapie ecc.

Questo metodo migliora in modo significativo la qualità percepita dal paziente, rafforzando la fiducia nei professionisti e di conseguenza anche nella stessa Organizzazione.

Di seguito riporto l'elaborazione della proposta di Scheda Infermieristica di trasferimento dall' UTIC al Reparto di Degenza.

**SCHEDA INFERMIERISTICA DI TRASFERIMENTO
DALL'UTIC AL REPARTO DI DEGENZA**

Paziente _____

data di nascita _____

Diagnosi di trasferimento _____

HBS-AG **HIV** **allergie** _____

Respirazione: spontanea O₂ terapia

note _____

Mobilizzazione: libera con ausilio allettato

note _____

Dieta: idrica libera

note _____

Paziente diabetico: si no

Dieta antidiabetico orale insulino dipendente

Evacuazione: regolare incontinente altro

data ultima evacuazione _____

Diuresi: regolare incontinente pannolone urocontrol C.V.

note (lattice, silicone, posizionato il..., diuresi delle 24 ore)

ulcere da pressione: si no

note _____

(continua)

stato psichico: orientato collaborante depresso agitato
disorientato
note _____

catetere venoso periferico gg _____ **CVC gg** _____

pompe ad infusione continua:

terapia anticoagulante: orale _____ sottocute _____

note infermieristiche:

data _____ **firma Infermiere** _____

3.2.5 MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PRIMARY NURSING IN UTIC

L'evoluzione della professione infermieristica ed il raggiungimento di importanti traguardi quali il Profilo professionale e l'abrogazione del mansionario (D.M. n. 739 del 14 Settembre 1994 e L. 42 del 10 Febbraio 1999), hanno riconosciuto l'Infermiere quale professionista della salute e responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Responsabilità in termini giuridici significa “*essere riconosciuto capace di*”, cioè possedere un diritto ad esercitare azioni particolari su altre persone per apportare loro beneficio.

La ricerca di modelli organizzativi da applicare alla propria realtà pertanto risulta essere indispensabile, non solo per garantire una migliore assistenza all'utente, ma consentire all'Infermiere di agire in sicurezza.

I sistemi organizzativi sono essenzialmente distinti in due categorie: i modelli tecnici e i modelli professionali.

MODELLO ORGANIZZATIVO TECNICO

E' caratterizzato dall'assegnazione a ciascun operatore dei compiti da svolgere, non delle persone da assistere.

Ogni operatore è responsabile fondamentalmente dei compiti che gli sono assegnati per quel periodo di tempo.

In questo modello le attività vengono scomposte, parcellizzate, il ruolo dell'operatore è passivo, gli sono richieste il minimo delle conoscenze e l'autonomia è alquanto limitata.

I vantaggi di questo metodo sono nel definire precisamente i compiti, evitando stati di ansia e di stress; rilevanti sono però gli

svantaggi: infatti, il sistema non consente all'Infermiere di avere una visione completa dell'assistito e al paziente di individuare un operatore al quale fare particolare riferimento.

Questo è il modello organizzativo tuttora più frequentemente adottato in Italia, anche se da tempo se ne è suggerito il superamento data la dimensione "professionale" che caratterizza l'attività infermieristica.

MODELLO ORGANIZZATIVO PROFESSIONALE

In questo modello la professionalità è l'elemento fondamentale, il ruolo dell'Infermiere è attivo in quanto ricerca le modalità più adatte per perseguire dei risultati specifici e raggiungere il soddisfacimento dei bisogni dell'utente.

Viene considerata pienamente la definizione di Infermiere come il professionista che

“ individua la specifica domanda di assistenza dell'utente, la migliore modalità di trattamento tecnico specialistico, quali il tipo, la qualità e la quantità di prestazione da erogare “²

In bibliografia sono descritti diversi modelli organizzativi professionali:

team nursing o piccola equipe

introdotto negli anni '50 per esprimere al massimo la professionalità degli infermieri, basato sulla pianificazione e realizzazione di obiettivi assistenziali attraverso l'azione di gruppo.

² Vita A., Ortelli S., Fiamminghi M. *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche...* Atti Convegno SUDI, Milano 1993 p.39

Il team è guidato da un Infermiere (leader) responsabile del processo assistenziale generale.

Ogni membro dell'equipe in turno assiste un numero limitato di pazienti (non più di 18) per i quali eroga una assistenza completa.

Fondamentali caratteristiche del team nursing sono la riunione infermieristica (breafing) e l'adozione di piani assistenziali.

case management “gestore del caso”

nato nella metà degli anni '80 ha come obiettivo la gestione del paziente a lungo termine, anche dopo la dimissione.

Integra al massimo gli interventi necessari evitando la frammentazione e la casualità degli stessi, garantisce una assistenza appropriata che migliora la qualità del servizio cercando di mantenere i costi.

La sede privilegiata per questo tipo di modello assistenziale è sicuramente il territorio, dove l'infermiere funge da “facilitatore” per alcuni processi, “conduttore” di altri professionisti e “collegamento” tra il sociale e il sanitario per l'attivazione di supporti e servizi sociali, assumendo l'importante ruolo di educatore e consulente.

managed care “assistenza gestita”

metodo basato sull'utilizzo di percorsi critici standardizzati (standard critical paths) e sulla pianificazione dei piani di assistenza.

Un percorso critico è un modulo allegato al piano di assistenza che illustra gli interventi tipici che si verificano entro tempi prevedibili.

Ciò permette una pianificazione assistenziale anche sul rischio potenziale del paziente, favorendo un'azione di prevenzione prestabilita.

assistenza collaborativa

si basa sul concetto di team interdisciplinare e sull'integrazione fra medico e infermiere.

primary nursing

PRIMARY NURSING

Pensando alla progettazione di un modello organizzativo da adottare in UTIC, il sistema secondo me più appropriato, considerando la specifica e attuale realtà di Villa Maria Cecilia Hospital, è quello del *primary nursing*.

Alla base di questo modello, nato all'inizio degli anni '70, stanno i principi di una assistenza personalizzata, continua e di alta qualità.

L'Infermiere eroga l'assistenza totale ad un gruppo limitato di pazienti (4-6) dei quali ha la responsabilità e l'autorità di identificare bisogni e problemi, di pianificare e valutare i relativi interventi, dall'inizio al termine del ricovero.

Per il paziente l'Infermiere diventa una figura di riferimento costante.

Il centro di interesse per l'Infermiere è la persona, non il compito. Quando l'Infermiere responsabile non è in servizio, altri Infermieri assistono il paziente seguendo il piano di assistenza sviluppato dall'Infermiere responsabile.

Gli Infermieri collaboratori sono tenuti ad informare il collega delle variazioni all'assistenza pianificata.

Questo modello ha numerosi vantaggi che partono dal garantire la continuità assistenziale, fino alla motivazione e responsabilizzazione degli Infermieri, favorendone la gratificazione e lo sviluppo professionale.

Lo svantaggio: è un sistema costoso per l'organizzazione ed applicabile solo in certi contesti; uno di questi sicuramente l'UTIC dove il tipo di assistenza è prettamente personalizzata e il rapporto infermiere-paziente è molto particolare.

A mio parere, il modello organizzativo del *primary nursing*, adattato alla realtà della nostra Unità Operativa, insieme all'utilizzo di procedure e all'impiego della Cartella Infermieristica, consentono l'applicazione del processo di nursing in modo sistematico con un significativo aumento della qualità delle prestazioni e, di conseguenza, del grado di soddisfazione dell'utente per le cure ricevute.

Inoltre, consente un utilizzo efficace delle risorse umane, promuove la crescita professionale, la ricerca infermieristica e facilita l'inserimento del personale neoassunto.

3.2.6 PIANO DELLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE IN UTIC

Il Piano delle attività infermieristiche viene principalmente adottato in un contesto organizzativo funzionale o per compiti in cui l'assistenza va pianificata in modo più rigoroso (ma non necessariamente rigido), rispetto ad un contesto organizzativo assistenziale maggiormente orientato alla personalizzazione dell'assistenza come il Primary nursing da me proposto.

Tuttavia, formulato opportunamente, questo strumento può essere utile per la gestione ottimale del personale.

Il Piano delle attività, seguito dal Processo assistenziale in UTIC che di seguito vado a proporre, oltre ad avere lo scopo di facilitare l'inserimento degli Infermieri in UTIC, vuole portare dei suggerimenti di carattere generale circa gli obiettivi assistenziali da raggiungere in UTIC, suddivisi per la giornata zero e per le giornate successive, comprese le attività da adottare per il raggiungimento degli stessi obiettivi, inserendo anche la fase del trasferimento del paziente dall'UTIC, le manovre di emergenza da seguire sul paziente (arresto cardiaco) e le attività necessarie per la prevenzione delle infezioni.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura viene applicata a tutti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC).

RIFERIMENTI

Requisiti organizzativi RIAU 4.2 e RIAU 4.3 DGR 327 del 23.023. 04
MANUALE QUALITA' - (Sez. 04)
UNI EN ISO 9000:2000 “Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia”
UNI EN ISO 9001:2000 “Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti”
UNI EN ISO 9004:2000 “Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni”

RESPONSABILITA'

La responsabilità della diffusione di tale procedura è della Direzione Infermieristica.

La responsabilità dell'applicazione è del Medico Responsabile e del Coordinatore Infermieristico.

Collaborano tutti gli Infermieri della Terapia Intensiva Cardiologica.

DEFINIZIONI

- ACT = Tempo di coagulazione
- FC = Frequenza cardiaca
- FR= Frequenza respiratoria
- Medicazione piatta: Medicazione eseguita con garze sterili e cerotto
- PA = Pressione arteriosa
- TC = Temperatura corporea
- M.d.G. = Medico di Guardia

CONTENUTO

PREPARAZIONE DELL'UNITA'

Per avere una semplice e immediata visione spaziale dell'unità del paziente si è proceduto all'individuazione delle seguenti aree funzionali:

- Area Letto
- Area Monitor
- Area Mensola testa letto

Area Letto:

Materiale occorrente per l'area letto:

- | | |
|--------------------------|-----|
| - Lenzuola | n.4 |
| - Cerate | n.1 |
| - Federe | n.1 |
| - Copriletto | n.1 |
| - Panno di lana | n.1 |
| - Materasso antidecubito | n.1 |
| secondo necessità | |
| - Reggi Urinometro | n.1 |

Procedura di esecuzione:

Prima di procedere alla preparazione dell'unità accertarsi che l'area letto sia stata pulita e disinfettata in tutte le sue parti.

- Accertarsi se esiste la necessità di posizionare il materasso antidecubito
- Rifare il letto posizionando in ordine il primo lenzuolo, la cerata, il secondo lenzuolo piegato a metà che funga da traversa, il terzo lenzuolo piegato a metà che funga da traversa per gli spostamenti
- traversa piegata e posta alla testa del letto, l'ultimo lenzuolo, il cuscino, il copriletto.
- Posizionare il panno di lana solo se il paziente lo desidera.

Area monitor:

Materiale occorrente area monitor:

- | | |
|----------------------------------|-----|
| - Monitor multifunzionale | n.1 |
| Modulo PA + PVC; SPO2; | |
| - Modulo per E.C.G. +Derivazioni | n.1 |
| - Modulo per temperatura | n.1 |

- Guanti sterili n° paia n.3
- Cerotti tela e seta n.1+1
- Elettrodi per E.C.G. n.5
- Occhialini per ossigeno

Preparazione area monitor:

- Accendere il monitor e verificare il funzionamento e posizionarlo in attesa
- Verificare la presenza e il funzionamento dell'erogatore dell'ossigeno

Area mensola testa letto:

Materiale area mensola testa letto:

Pompe infusione n.2

Preparazione area mensola testa letto:

Accertarsi che siano presenti almeno 2 pompe di infusione

Altri dispositivi necessari:

- Apparecchio A.C.T.
 - Elettrocardiografo
- deve essere sempre disponibile il carrello delle emergenze. La check-list va utilizzata ogni volta che è necessario ricomporre il carrello e ad ogni cambio turno quando la sua integrità e completezza deve essere verificata.

FASE DI ACCOGLIENZA

l'Infermiere effettua le seguenti attività:

- Si accerta che il Medico di guardia sia stato avvertito dell'arrivo del paziente.
- Si accerta che l'unità sia stata preparata.

Il Medico di guardia e l'Infermiere effettuano il trasferimento del paziente dal letto di provenienza al letto dell'UTIC con l'ausilio del telo a scorrimento;

L'INFERMIERE :

Controlla le vie venose presenti,

Procede al posizionamento delle fleboclisi sul porta flebo posizionato nell'unità e aziona le eventuali pompe infusionali,

Verifica la presenza di tamponi e/o medicazioni e l'eventuale presenza di introduttore venoso o arterioso,

Posiziona gli occhialini per l'ossigeno terapia al paziente (se necessario),

Attacca gli elettrodi (3) per il monitoraggio dell'ECG sul torace del paziente e collega i cavetti (rosso giallo e verde),

monitorizza PA, PO2,

esegue ECG,

Informa il paziente sulla posizione adeguata da assumere per evitare complicanze emorragiche,

Procede al posizionamento del C.V. se occorre,

Esegue emogasanalisi, ACT e prelievo per esami ematici e la curva enzimatica se richiesti,

Chiama il tecnico per eseguire RX al letto,

Al termine di queste procedure l'Infermiere procede ad eseguire la terapia medica e la compilazione della Cartella Infermieristica,

Pianifica il processo assistenziale individualizzato,

Applica le procedure ed i protocolli secondo l'appropriatezza clinico-scientifica riferita alla peculiarità assistenziale in UTIC,

Valuta che gli obiettivi pianificati siano stati raggiunti,

Garantisce il supporto psicologico,

Azioni successive eseguite dall'Infermiere:

- Rilevazione e registrazione diuresi ogni fine turno (verificare i caratteri delle urine)
- Bilancio idro-elettrolitico
- Rilevazione e registrazione dello stato di coscienza, della risposta motoria (da concordare con il medico)
- Somministrazione della terapia antibiotica e gastroprotettiva, correzione eventuale ipopotassemia dopo prescrizione medica.
- Effettua le medicazioni alle vie infusive (giugulare, periferica, radiale, femorale)
- Controllo delle prescrizioni mediche
- Rimozione delle vie infusive e medicazione a piatto sul punto di inserzione
- Medicazione piatta delle vie da mantenere
- In presenza di introduttore femorale, previo esame ACT eseguito dal rubinetto in situ concordato con il medico, l'Infermiere collabora alla sua rimozione e al confezionamento della medicazione compressiva.
- Riordino della cartella clinica (Rx torace, E.C.G. ed esami di laboratorio)
- Avviso telefonico all'Infermiere del Reparto di Degenza (in caso di trasferimento in prima giornata contattare i familiari telefonicamente)

Azioni eseguite in collaborazione con l'Infermiere del Reparto di Degenza:

- Consegna Infermieristica all'Infermiere di reparto
- Interruzione momentanea infusioni (rubinetti a 3/4)
- Trasferimento del paziente dal letto dell'UTIC al letto del Reparto
- L'Infermiere di reparto accompagna il paziente nella stanza.

Assistenza infermieristica per paziente che continua la degenza in terapia intensiva (dalla seconda giornata in poi):

Nell'arco della giornata è prevista un'unica visita dei parenti, della durata di circa 15 min; può entrare una sola persona alla volta su chiamata del Medico di guardia. Ad ogni parente viene fornito materiale monouso consistente in calzari, camici e copricapo allo scopo di prevenire l'introduzione di germi patogeni dall'esterno.

Durante il turno l'Infermiere in servizio rileva i parametri vitali annotandoli in grafica,

somministra le terapie prescritte

esegue il prelievo ematico per gli esami di laboratorio

Finito il turno gli Infermieri procedono al passaggio delle notizie riguardanti i pazienti ai colleghi del turno successivo.

La notte si effettua la chiusura del bilancio idro elettrolitico parziale e ci si occupa del reintegro dei farmaci, e dispositivi medici utilizzando le check-list.

Il mattino si esegue la somministrazione della terapia, prelievo campione di urina e prelievo ematico per gli esami di laboratorio (se richiesto).

L'Infermiere provvede alle cure igieniche del paziente e lo aiuta ad alimentarsi.

Il Medico cardiologo di reparto, una volta visitati i pazienti, da indicazioni sui pazienti da trasferire al Reparto di Degenza.

Trasferimento del paziente in Reparto di Degenza:

-Controllo e medicazione delle vie infusionali

-Consegna all'Infermiere di reparto della documentazione clinica e infermieristica.

Una volta lasciata libera l'unità, l'ausiliaria provvederà alla decontaminazione e alla pulizia dell'unità letto .

L'unità verrà ripristinata dall'Infermiere per l'accoglienza di un altro paziente .

MANOVRE DI EMERGENZA

Arresto cardiaco

Materiale Occorrente:

- Carrello urgenza vedi chech-list

Tecnica di esecuzione:

L'Infermiere fa scattare l'allarme in UTIC,

avvicina il carrello delle urgenze,

inserisce la canula di Guedel orafaringea,

inizia ad ossigenare con il pallone vai e vieni e maschera facciale,

si inizia il massaggio cardiaco esterno,

il Medico di guardia massaggia alternandosi con l' Infermiere,

l'adeguatezza del CPR esterno è visibile sul monitor come onda pressoria efficace,

si tengono a portata di mano i farmaci per l'emergenza già pronti,

si prepara il materiale per l'intubazione orotracheale (tubo OT, laringoscopio,

lama, pinza Magill, aspiratore rigido,

viene preparato il defibrillatore,

si prepara la pasta conduttrice sulle piastre esterne del defibrillatore,

si porgono le piastre al medico,

si seleziona la potenza (200 J) o secondo ordine medico,

quando si danno le piastre, si preme carica,

si procede alla scarica assicurandosi di eseguire la manovra in sicurezza secondo le indicazioni del BLS,

secondo l'esito della procedura, si eseguiranno ulteriori defibrillazioni.

GESTIONE DELLE VIE INFUSIVE

Principali Vie Infusive:

1. -Catetere venoso centrale (Tre lumi) giugulare interna
2. -Via periferica
3. -Via arteriosa

1) Catetere venoso centrale

Generalmente viene utilizzato un catetere tre-lumi. Il lume distale viene collegato al trasduttore venoso e collegato al monitor serve per misurare la P.V.C.

Tale catetere viene utilizzato per la somministrazione dei farmaci d'urgenza.

Il lume mediale viene utilizzato per la infusione di mantenimento e farmaci di routine. Il lume prossimale viene utilizzato per l'infusione di farmaci vasodilatatori, antiaritmici, ecc.

Nota Bene:

- 1 Verificare costantemente la pervietà dei lumi del catetere venoso centrale
- 2 Se necessario eseguire un lavaggio
- 3 Quando un farmaco viene sostituito con un tipo diverso aspirare quello precedente dalla via

2) Via venosa periferica

Generalmente viene utilizzata per la somministrazione di liquidi di mantenimento e al bisogno (emagel, emazie concentrate, plasma, ecc..).

3) Catetere arterioso

Serve per la misurazione costante della pressione arteriosa, collegata con un set di monitoraggio, e visibile al monitor.

Gestione delle medicazioni e rimozione dei cateteri:

Materiale occorrente:

- Disinfettante a base di iodio
- guanti monouso
- guanti sterili
- garze sterili
- cerotto TNT
- cerotto trasparente per medicazione.
- Lama bisturi
- Spassetta ferri sterili

Frequenza delle medicazioni soprariportate:

ogni 72 ore a condizione che la medicazione non sia bagnata o staccata o sporca.

Tecnica di esecuzione per medicazione:

- lavarsi le mani
- informare il paziente della procedura
- indossare guanti monouso
- rimuovere la medicazione da sostituire
- indossare guanti sterili

- con una garza imbevuta della soluzione disinfettante, disinfettare il punto di inserzione e lasciare agire per 3 minuti.
- Asciugare con garze sterili
- Coprire con medicazione trasparente

Nota Bene:

In caso di perdita di sangue, posizionare la garza sterile nel punto di inserzione del catetere

Rimozione delle 3 vie

Catetere venoso centrale:	Via venosa periferica:	Catetere arterioso:
1. lavarsi le mani 2. indossare i guanti sterili 3. informare il paziente della procedura		
4. chiudere 2 lumi con l'apposito morsetto e nel lume aperto, raccordare una siringa da 5 ml.	4. Previa disinfezione rimuovere il catetere	4. Chiudere l'accesso arterioso mediante apposito rubinetto, raccordare una siringa da 5 ml
5. Tagliare il punto di fissaggio con una lama da bisturi		5. Disinfettare il punto di inserzione
6. Togliere il lume in aspirazione, previa disinfezione del punto di inserzione		6. Eseguire compressione a monte del punto di inserzione
7. Comprimerne il punto fino ad arresto del sanguinamento		7. Sfilare delicatamente in aspirazione mantenendo compressione fino all'arresto del sanguinamento
8. Eseguire medicazione a piatto con cerotto TNT 9. Lavarsi le mani 10. Riordinare il materiale		

3.2.7 CHECK- LIST CARRELLO EMERGENZE-URGENZE IN UTIC

L'allestimento del carrello delle emergenze-urgenze in UTIC è stato formulato in collaborazione con il personale medico-infermieristico dell'U.O. e validato dal Medico Anestesista.

La volontà dell'Organizzazione, accettata e condivisa da tutti i professionisti, è quella di uniformare il più possibile i carrelli delle emergenze-urgenze presenti nelle diverse Unità Operative, con lo scopo di facilitare l'adempimento delle manovre rianimatorie da parte di tutto il personale medico-infermieristico presente a VMCH; tuttavia, alcuni farmaci e dispositivi sono aggiunti su richiesta del Medico Responsabile dell'U.O. di Cardiologia, per la specificità e particolarità dell' UTIC.

Di seguito riporto la check-list così formulata:

CARRELLO EMERGENZE-URGENZE IN UTIC

SUL RIPIANO

<input type="checkbox"/> -DEFIBILLATORE.	
<input type="checkbox"/> ESOJOD	SCAD
<input type="checkbox"/> LARINGO+LAME n.3, n.4, n.5 FUNZIONANTI	
<input type="checkbox"/> ELETTRODI A BOTTONE MONOUSO	SCAD
<input type="checkbox"/> FARMACI PER L'URGENZA ASPIRATI PRONTI ALL'USO	
<input type="checkbox"/> ARCELLA	
<input type="checkbox"/> LIDOCAINA SPRAY	SCAD

CASSETTI LATERALI

<input type="checkbox"/> SILKOSPRAY	SCAD
<input type="checkbox"/> 2 PROLUNGHE PER P/A BASSA PRESSIONE	SCAD
<input type="checkbox"/> 2 PROLUNGHE PER P/A AD ALTA PRESSIONE	SCAD
<input type="checkbox"/> 2 MACRODEFLUSSORI	SCAD

(continua)

NELLA VETRINETTA

<input type="checkbox"/>	2 FILE ADENOSINA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	FIALE DI ACQUA PER DILUIZIONI	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	CARVASIN 5 mg 1 SCATOLA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE REVIVAN 200 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE RYTMONORM 70 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE TEFAMIN 10 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE CORDARONE 150 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE DI FLEBOCORTID 500 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE LIDOCAINA CLORIDRATO 200 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE NOAN 10 mg.	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE ATROPINA SOLFATO 1 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE FUROSEMIDE 20 mg	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 FIALE CALCIO GLUCONATO 10 ML	SCAD	.....

PRIMO CASSETTO

<input type="checkbox"/>	ARAMINE fl.	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	LIQUEMIN 1 flac.	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	NITROSORBIDE 5 mg fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ANEXATE 1 mg fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	SODIO BICARBONATO 40 mg fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ISOPTIN fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	SODIO NITROPRUSSIATO	SCAD	.....

SECONDO CASSETTO

<input type="checkbox"/>	1 FLACONE EMAGEL 500 cc	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	1 FIS 500 cc	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	1 GLUC. 5% 500 cc	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	1 FIS 100 cc	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	5 SIRINGHE 10 ml	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	5 SIRINGHE 5 ml	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	2 SIRINGHE 60 ml PER POMPA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	RUBINETTI A TRE VIE	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	SPASSETTA STERILE	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	PORTA AGHI	SCAD	.....

TERZO CASSETTO

<input type="checkbox"/>	CATETERE CENTRALE	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	CATETERE CENTRALE 2 LUMI	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	CATETERE CENTRALE 3 LUMI	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GUANTI MONOUSO		.....
<input type="checkbox"/>	GUANTI STERILI 6	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GUANTI STERILI 6.5	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GUANTI STERILI 7	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GUANTI STERILI 7.5	SCAD	.....

(continua)

<input type="checkbox"/>	GUANTI STERILI 8	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	1 MOUNT	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GARZE STERILI	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	1 PINZA MC-GILL		
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 6	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 6.5	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 7	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 7.5	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 8	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 8.5	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRACHEALE 9	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	MANDRINO PER INTUBAZIONE	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	FETTUCIA		
<input type="checkbox"/>	AGHI ROSA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	FIXOMULL		
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 14 ga	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 16 ga	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 16 ga LUNGHI	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 18 ga	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	LAME DA BISTURI n° 11	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	AGHI SUTURA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GUEDEL DI VARIE MISURE		

PIANO INFERIORE

<input type="checkbox"/>	VALIGETTA PER VENTILAZIONE		
<input type="checkbox"/>	TELI STERILI	SCAD	.....

A LATO

<input type="checkbox"/>	PM BICAMERALE CON BATTERIA (disinserita)		
<input type="checkbox"/>	BOMBOLA DI OSSIGENO		

NEL FRIGORIFERO in comune con la degenza ordinaria

<input type="checkbox"/>	ADRENALINA fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	ISOPRENALINA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	NORADRENALINA fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	INSULINA RAPIDA	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	PROPOFOL 1% fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	NORCURON 4 mg fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	GLUCAGEN 1 mg fl	SCAD	.....
<input type="checkbox"/>	VITAMINA K fl	SCAD	.....

DATA

FIRMA

3.2.8 JOB DESCRIPTION IN UTIC

Le Job Description sono “requisiti organizzativi” obbligatori per l’Accreditamento richiesti dalla Regione Emilia Romagna.

Definiscono le competenze distintive del personale.

Per il neo-assunto stabiliscono lo standard di apprendimento, che varia in base all’Unità Operativa, concordato dal Coordinatore Infermieristico con il Servizio Infermieristico.

Ho ritenuto di impostare così la job dell’infermiere di UTIC:

JOB DESCRIPTION INFERMIERE DI UTIC

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore Sanitario Direttore Infermieristico Responsabile Medico Coordinatore Infermieristico	I.G. ASS OSS	Infermieri di reparto-servizio, RAQ personale referente coinvolto nell’organizzazione del servizio

Ruolo professionale:

Infermiere (ex scuola IP, D.U.I., laurea di livello infermiere)

Finalità del Ruolo:

Effettua la propria attività nel rispetto del proprio profilo professionale (conformemente al Decreto 14 Settembre 1994 n. 739 e al nuovo Codice Deontologico della Federazione IPASVI approvato Febbraio 1999).

Competenze generali:

(regolamento sul profilo professionale dell’infermiere- D.M. 14 settembre 1994 n.739 art.1.)

E’ individuata la figura professionale dell’infermiere con il seguente profilo: l’Infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso di diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale è responsabile dell’assistenza generale infermieristica.

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

Competenze specifiche:

- Svolge con autonomia professionale attività dirette all'assistenza del paziente ricoverato in UTIC.

E' responsabile:

- della Cartella Infermieristica e del processo di assistenza: accertamento, diagnosi infermieristica/problema collaborativo, pianificazione, attuazione e valutazione.
 - degli abituali rilievi di competenza e conservazione di tutta la documentazione clinica, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio.
 - della somministrazione della terapia.
 - della tenuta e compilazione dei registri sanitari e amministrativi di uso corrente.
 - della custodia di tutti gli impianti e le attrezzature in dotazione.
 - della disinfezione e preparazione alla sterilizzazione del materiale utilizzato per l'assistenza diretta al paziente.
 - del controllo della check-list del carrello delle emergenze.
-
- Riconosce tempestivamente l'insorgenza di complicanze post procedurali (es. emorragie).
 - Pratica le manovre di rianimazione cardio-polmonare.
 - Affronta in modo efficace una emergenza-urgenza.
 - Riconoscere le principali aritmie.
 - Utilizza correttamente le apparecchiature per il monitoraggio emodinamico del paziente.
 - Gestisce l'uso delle pompe infusionali.
 - Svolge correttamente il prelievo ematico per l'A.C.T. e Emogasanalisi.
 - Partecipa con piena disponibilità al lavoro di equipe multiprofessionale di audit clinico per ottenere la migliore pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente.
 - Collabora con il medico nelle varie attività di reparto.
 - Fornisce informazioni in relazione ai trattamenti eseguiti e opera educazione sanitaria nei confronti del paziente e dei suoi familiari.
 - Collabora con gli altri operatori alla gestione del rischio clinico.
 - Svolge funzione didattica nei confronti degli allievi e del personale.
 - Collabora all'implementazione di protocolli e procedure assistenziali.
 - Partecipa alla definizione e all'applicazione dei documenti del Sistema Qualità

Necessità di formazione:

Partecipa a convegni e seminari, sia interni sia esterni all'azienda riguardanti le problematiche sanitarie inerenti al proprio profilo professionale, secondo normativa ECM

Criterio di sostituzione :

Infermiere addestrato

3.2.9 PROPOSTA DI SCHEDA DI COMPETENZE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI UTIC

Successivamente alla stesura della Job description, ho provato a definire una Scheda di competenze dell'Infermiere di UTIC.

Questa scheda ha lo scopo di certificare le competenze acquisite dal singolo professionista secondo precisi criteri.

Ho identificato le attività eseguite in UTIC che necessitano di una specifica competenza infermieristica e ho stabilito uno standard minimo di corretta esecuzione per ogni attività.

Di seguito riporto la proposta della Scheda:

VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL SETTORE : UTIC

Infermiere Cognome e nome	Preparazione Unità del Paizente	Riconoscere le principali aritmie.	Monitoraggio paziente	Esecuzione A.C.T.	Esecuzione emogasanalisi	Gestione S/P dell'emergenza con defibrillatore	Gestione Insufficienza Respiratoria	Gestione mobilizzazione del paziente	Gestione bilancio idro- elettrolitico	Gestione complicanze emorragiche	Gestione delle pompe infusionali
n. di attività eseguite (barrare X)	S/P 5	S/P 10	S/P 5	S/P 10	S/P 10	S/P 10	S/P 15	S/P 15	S/P 15	S/P 15	S/P 10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15.....											

Data _____ Firma COORDINATORE INF. _____ DIRETTORE INF. _____ INFERMIERE _____

3.2.10 INSERIMENTO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Per le Strutture Sanitarie, l'innovazione, l'iniziativa, la personalizzazione del servizio, la capacità di relazione e responsabilizzazione, rappresentano i fattori di successo.

Gli aspetti che concorrono a tale risultato sono di vario tipo ma l'elemento cardine è rappresentato dalle persone.

Una volta che l'Organizzazione ha definito i livelli assistenziali e dopo che si è negoziato il fabbisogno del personale infermieristico necessario ad assicurare tali livelli, è necessario progettare il reclutamento e la selezione per l'acquisizione di personale qualificato, requisito fondamentale per la creazione, il mantenimento e la crescita dell'Organizzazione stessa.

Considerati i costi rilevanti per l'addestramento del personale, va prestata grande attenzione alle strategie e agli sforzi per trattenere il personale in servizio.

Il sistema di valutazione deve essere in grado di misurare non solo le conoscenze e le competenze possedute, ma anche le capacità di trasferire tali elementi nello specifico ruolo professionale, al fine di rispondere con efficienza ed efficacia ai bisogni assistenziali degli utenti.

INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO A VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

Per consentire un appropriato ed efficace inserimento del personale infermieristico, con l'obiettivo di "*collocare la persona giusta al posto giusto*" è stata redatta, in collaborazione con la

Direzione Infermieristica, una procedura PG-08 “*Criteri di selezione del personale infermieristico*” e una istruzione operativa IO/G02-01 “Inserimento del personale-cambio di mansione”. Gli obiettivi da raggiungere sono i seguenti:

- ✚ Inserire il personale infermieristico coniugando le attitudini del professionista con le esigenze aziendali;
- ✚ Soddisfare quanto più possibile le aspettative individuali;
- ✚ Favorire una rapida integrazione nel contesto dell’Unità Operativa, promuovendo un clima di fiducia,
- ✚ Costruire uno strumento oggettivo (misurabile, verificabile e trasparente);
- ✚ Coinvolgere il personale presente nell’Unità Operativa nel percorso di accoglienza-inserimento.

E’ compito del Coordinatore Infermieristico accogliere l’infermiere nel reparto, così come è previsto nella Job description del Coordinatore Infermieristico S/JD-18 di VMCH provvedendo a:

- Consegnare i dispositivi di protezione individuale in relazione ai rischi dell’Unità Operativa, e informare sul corretto utilizzo;
- Presentare tutta l’equipe e le funzioni di ciascuno;

Inoltre dovranno essere illustrate:

- Procedure di sicurezza relative alla mansione;
- Procedure in uso nel reparto;
- Job description;
- Il corretto utilizzo e le modalità di pulizia e gestione delle attrezzature e dei presidi.

Al fine di ottimizzare l'inserimento del nuovo infermiere a Villa Maria Cecilia Hospital la Direzione Infermieristica ha programmato dei corsi di formazione per tutor clinici.

Il tutor clinico, oltre alle funzioni tipiche dell'infermiere, funge anche da facilitatore per l'inserimento e l'apprendimento del neo inserito.

Il periodo di affiancamento ad un tutor di riferimento per l'area critica, quindi anche per l'UTIC, è previsto di una durata di circa 30 giorni.

La valutazione del personale infermieristico viene registrata nelle apposite schede di valutazione nelle quali vengono descritti gli obiettivi da raggiungere distinti in breve, medio e lungo termine.

La scheda di valutazione viene inclusa nella scheda personale dell'infermiere e conservata a cura della Direzione Infermieristica.

VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Valutare significa attribuire un giudizio di valore, dare un punteggio. Più concretamente, secondo un orientamento largamente condiviso, "valutare è istituire un confronto tra i risultati raggiunti e gli obiettivi fissati, tra le prestazioni, la condotta del valutato e i criteri per dichiararli più o meno soddisfacenti"³

Ci può essere una distinzione tipologica tra valutazione sommativa o certificativa, valutazione formativa e valutazione permanente.

³ **M.Laeng**, *Enciclopedia pedagogica*, La Scuola, Brescia 1994, p. 540.

Per *valutazione formativa* si intende un feedback sia sui processi di apprendimento messi in atto dal valutato, sia sui metodi attivati per raggiungere gli obiettivi richiesti.

La *valutazione sommativa* o *certificativa* consiste nell'effettuare a posteriori, cioè alla fine del percorso di formazione e/o addestramento e/o affiancamento, una verifica dello scostamento esistente tra gli obiettivi dichiarati e i risultati ottenuti, attribuendo al livello raggiunto un valore numerico, secondo criteri stabiliti.

Per *valutazione permanente* si intende una valutazione ripetuta periodicamente (generalmente una volta all'anno) circa le competenze acquisite dal professionista.

La valutazione intesa in senso positivo prevede anche la valorizzazione della persona, traducendo al valutato il valore della prestazione, come presa di coscienza dell'atto.

Un aspetto importante della valutazione è che dovrebbe essere la più "obiettiva" possibile, considerando che, conterrà inevitabilmente degli elementi di "soggettività". Il processo di valutazione infatti, passa sempre attraverso il filtro delle convinzioni e dei pregiudizi di chi lo opera.

Diventa necessario per il valutatore cercare, non di eliminare i suoi sentimenti poiché ciò sarebbe impossibile; quello che può e che deve fare è riconoscere con onestà ed equilibrio le proprie caratteristiche e dirigere la valutazione esclusivamente sugli obiettivi e non sul soggetto da valutare.

Per realizzare una efficace valutazione occorre preparare le persone e diffondere una cultura della valutazione a 360°, in modo che tutte le persone coinvolte ne conoscano le differenti caratteristiche.

La valutazione deve essere contestualizzata all'interno dell'U.O., per esempio attraverso una legenda di riferimento che riporta le priorità specifiche del Reparto o dell'Unità Operativa.

Ci si può avvalere di una "Scheda di valutazione", sapendo a priori "chi valuta chi".

La Scheda Valutativa deve essere a conoscenza non solo del Coordinatore, ma anche di tutti gli Infermieri per poter attuare l'autovalutazione, cui seguirà la valutazione certificativa del Coordinatore.

L'autovalutazione è propria dell'apprendimento dell'adulto, capace di autoregolarsi consapevolmente e di riflettere sul senso del proprio operare. L'autovalutazione è molto importante perché si presenta come un valido metodo nel percorso di crescita del singolo e, in questo modo, la valutazione non risulta una sorpresa per il professionista ma viene condivisa e accettata.

Per formulare una proposta di Scheda di Valutazione da adottare in UTIC, mi sono attenuta al Profilo Professionale dell'Infermiere (D.M. 14 settembre 1994 n. 739).

Il Profilo enuncia che "l'Infermiere [...] è responsabile dell'assistenza generale infermieristica [.....] preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa [.....] di natura *tecnica, relazionale, educativa....*".

In riferimento a queste tre caratteristiche, ho elaborato una serie di obiettivi da raggiungere utilizzando strumenti di valutazione oggettivi e coerenti con i campi di applicazione sopracitati.

La valutazione viene effettuata a breve, medio e lungo termine

e siglata con un punteggio che parte dall'insufficiente (0/25) fino al buono/ottimo (76/100).

A fianco del punteggio va posta la firma del tutor infermieristico.

Al termine di ogni periodo di valutazione, è previsto uno spazio per annotare e suggerire particolari aspetti da migliorare.

Questa analisi va effettuata considerando la valutazione un percorso formativo personalizzato in collaborazione con l'infermiere da valutare, in modo da renderlo partecipe e responsabile del proprio percorso valutativo.

Di seguito riporto la proposta di Scheda di Valutazione per l'Infermiere di UTIC che ho elaborato.

3.2.11 PROPOSTA DI SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'INFERMIERE DA ADOTTARE IN UTIC:

SCHEDA DI VALUTAZIONE **Villa Maria Cecilia Hospital**
UNITA TERAPIA INTENSIVA CORONARICA
 Per Infermieri

Legenda:

- VBT = valutazione a breve termine (15 giorni)
- VMT = valutazione a medio termine (1 mese) Fine Addestramento
- VLT = valutazione a lungo termine (6 mesi) Fine periodo di prova
- NO = non osservato
- 0/25 = livello nettamente insufficiente
- 26/50 = livello insufficiente
- 51/75 = livello sufficiente da migliorare /accettabile buono
- 76/100 = livello buono / ottimo

COGNOME _____

NOME _____

QUALIFICA _____

DATA ASSUNZIONE _____

ASPETTO ORGANIZZATIVO

Obiettivi	livello di performance	firma tutor
Conosce gli spazi e i percorsi	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Conosce l'ubicazione dei materiali	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Conosce i ruoli professionali	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Rispetta le gerarchie	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Conosce le procedure interne	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Conosce e utilizza correttamente i dispositivi di allertamento del personale (cicalini, n. telefonici, pulsanti di allarme ecc.)	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Conosce la modulistica e la sa compilare	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	

(continua)

Conosce il percorso del paziente in clinica	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Segnala tempestivamente il bisogno di approvvigionamento di farmaci e presidi	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Ottimizza le risorse e riduce gli sprechi	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Organizza le azioni infermieristiche all'interno dell'UTIC nei tempi stabiliti	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Possiede capacità educativo formativa interna all'UTIC	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Partecipa alle riunioni organizzate dal Coordinatore	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Partecipa agli incontri e momenti formativi organizzati dall'Azienda	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Attua l'autoformazione mediante lettura di riviste, libri, partecipazione a programmi di aggiornamento anche extra-aziendale	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Segnala tempestivamente l'assenza dal lavoro	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Dimostra puntualità, ordine e precisione	NO O/25 26/50 51/75 76/100

ASPETTO RELAZIONALE

Obiettivi	livello di performance	firma tutor
Rispetta la privacy e la dignità del paziente	NO O/25 26/50 51/75 76/100	
Attua la relazione di aiuto con il paziente e i famigliari comunicando con sensibilità, riservatezza, disponibilità e comprensione	NO O/25 26/50 51/75 76/100	
E' aperto al confronto con i colleghi	NO O/25 26/50 51/75 76/100	
Ha la capacità di porsi in discussione ed accettare le critiche	NO O/25 26/50 51/75 76/100	
Affronta lo scenario di emergenza urgenza in modo razionale	NO O/25 26/50 51/75 76/100	
(continua)		

Dimostra disponibilità nel condividere le conoscenze acquisite	NO 0/25 26/50 51/75 76/100
Si relaziona correttamente con le altre figure professionali dell'equipe	NO 0/25 26/50 51/75 76/100
E' un elemento propositivo e positivo all'interno dell'equipe	NO 0/25 26/50 51/75 76/100
Gestisce con equilibrio situazioni conflittuali con soggetti che dimostrano atteggiamenti di ostilità e aggressività	NO 0/25 26/50 51/75 76/100

ASPETTO OPERATIVO

Obiettivi	livello di performance	firma tutor
Conosce ed esegue come da protocollo il lavaggio delle mani	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Rileva i bisogni fondamentali della persona	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Valuta il grado di autonomia del pz.	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Sa allestire l'unità del paziente	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Esegue come da protocollo l'ECG	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Interpreta le principali alterazioni elettrocardiografiche	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Gestisce la compilazione della Cartella Infermieristica	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Determina le priorità assistenziali	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Registra le prescrizioni mediche e garantisce il passaggio delle informazioni agli altri membri dell'equipe	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Assicura l'igiene del pz. nel rispetto delle procedure dell'U.O.	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Assicura la mobilizzazione del paziente compatibilmente con la patologia in atto utilizzando presidi e tecniche anche per la prevenzione delle lesioni da pressione	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
Assicura l'alimentazione e l'idratazione del pz. in base alla dieta prescritta	NO 0/25 26/50 51/75 76/100	
	(continua)	

Gestisce gli stupefacenti come da protocollo	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Esegue come da protocollo:	
-medicazioni ferite chirurgiche	NO O/25 26/50 51/75 76/100
-medicazioni vie centrali	NO O/25 26/50 51/75 76/100
-medicazioni vie periferiche	NO O/25 26/50 51/75 76/100
- cateterismo vescicale	NO O/25 26/50 51/75 76/100
- broncoaspirazione	NO O/25 26/50 51/75 76/100
- rilevazione dei parametri vitali	NO O/25 26/50 51/75 76/100
- bilancio idroelettrolitico delle 24 ore	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Effettua come da protocollo, le procedure relative:	
-emoderivati	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Esegue come da protocollo:	
-ACT (conosce e verifica i range entro cui deve essere compreso)	NO O/25 26/50 51/75 76/100
-EGA venoso	NO O/25 26/50 51/75 76/100
-prelievo venoso per esami di laboratorio	NO O/25 26/50 51/75 76/100
-collabora nell'inserimento delle vie centrali	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Gestisce le pompe infusionali (per farmaci o pompe antalgiche)	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Mantiene una corretta tenuta degli impianti, apparecchiature e materiali in dotazione	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Conosce l'uso della telemetria	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Conosce l'uso dei Garlok e PM esterno	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Conosce il carrello dell'emergenza, la check list e lo sa preparare	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Agisce in situazione di urgenza/emergenza con rapidità, precisione e competenza	NO O/25 26/50 51/75 76/100
Rileva eventuali effetti collaterali positivi o negativi dell'azione prestata	NO O/25 26/50 51/75 76/100
E'capace di lavorare in condizioni di stress	NO O/25 26/50 51/75 76/100
	(continua)

VBT dal _____ al _____

Note e aspetti da migliorare

Valutazione _____

VMT dal _____ al _____

Note e aspetti da migliorare

Valutazione _____

VLT dal _____ al _____

Note e aspetti da migliorare

VALUTAZIONE CERIFICATIVA _____

Data _____

Firme:

-INFERMIERE _____

-COORDINATORE _____

-MEDICO U.O. _____

-DIRIGENTE INF. _____

3.2.12 PERCORSO FORMATIVO PER IL PERSONALE DI UTIC

Qualunque azienda che abbia interesse a curare il proprio sviluppo non può prescindere dalle competenze professionali, dalle capacità di intervento e dal comportamento dei propri dipendenti.

E poiché la vita di un'azienda è sottoposta a continue evoluzioni e innovazioni, anche il processo formativo assume modi e prospettive non occasionali: sempre più spesso, infatti, si parla di formazione continua o permanente.

Individualmente ogni professionista sanitario trova nelle norme deontologiche, che regolano il suo operare, un richiamo all'obbligo di impegnarsi nell'apprendimento continuo.

Viene anche sollecitato verso una nuova responsabilità che comporta l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La rapidità con cui si modificano le tecnologie e le organizzazioni, l'ampliamento del mercato del lavoro a una dimensione internazionale e anche i processi migratori e di mobilità delle persone, rendono sempre più anacronistico pensare che le competenze dei professionisti possano essere certificate una sola volta per tutte al momento dell'accesso alla professione, sulla base delle credenziali educative: il loro aggiornamento dovrebbe essere dimostrato e confermato nel tempo.

La formazione è un atto volontario che nasce da un bisogno; se manca il "bisogno formativo" non ci può essere un beneficio.

In base a questa convinzione, l'Organizzazione ha progettato un questionario che viene distribuito al personale interno a Villa Maria Cecilia, a scadenze definite, con lo scopo di effettuare l'"analisi del bisogno formativo" per la stesura del programma di formazione complessivo annuale.

L'obiettivo è fornire agli Infermieri le conoscenze e gli strumenti necessari e indispensabili a garantire nel tempo le loro prestazioni per i percorsi assistenziali.

Con particolare riferimento all'UTIC, sono stati organizzati, in accordo con la Direzione Sanitaria, il Responsabile Medico e il Responsabile della Formazione, dei corsi di informazione, formazione, addestramento e qualificazione, articolati in diversi periodi per facilitare la partecipazione, con i seguenti obiettivi:

- acquisire conoscenze e sviluppare competenze relazionali, educative e tecniche (sapere, saper essere, saper fare)
- fornire strumenti per facilitare gli aspetti relazionali nel rapporto con i pazienti
- favorire l'espressione delle potenzialità individuali e di gruppo per l'integrazione delle varie professionalità
- la lettura e la documentazione scientifica
- il benchmarking
- la ricerca attraverso studi o secondo la metodologia dell'EBM e EBN (implementazione di linee guida, procedure, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali)

Per ciascun corso approvato viene predisposto dal Responsabile della Formazione un Piano di Formazione (R/G02-03) che indica la tipologia del corso, i tempi, il personale coinvolto (sia in qualità di docente sia in qualità di destinatario della formazione) e

definisce le modalità da attuare per la valutazione dell'apprendimento (test di verifica, colloquio, prova pratica ecc.) e quindi dell'efficacia complessiva dell'evento formativo.

Di seguito riporto gli eventi formativi programmati per i professionisti afferenti all'UTIC :

DESTINATARI DELLA FORMAZIONE:
(categorie o singoli nominativi)

Infermieri

Coordinatore

Medici

Personale di supporto

ecc.

OBIETTIVO GENERALE:

Acquisire conoscenze e competenze in merito alla gestione assistenziale in UTIC

OBIETTIVI FORMATIVI:

verranno descritti, in specifico, a seconda dell'attività formativa

CONTENUTI:

Principali patologie presenti in UTIC, Aggiornamento e valutazione elettrocardiografica,
Farmaci utilizzati in emergenza cardiologia, Modelli assistenziali, BLS, ALS,
Le finalità della Cartella Infermieristica, Supporto psicologico al paziente ricoverato in UTIC,

DATA:

da effettuarsi a partire dall'ultimo trimestre 2005 per proseguire, parte nel 1° semestre 2006 e parte nel 2° semestre 2006

LUOGO:

Sala convegni Villa Maria Cecilia Hospital

DOCENTI:

Dott. S.Bosi, Coord. Infer. A.M.Versari, Inf. Patrizia Venturini, Resp.della For.Gianni Bagni
Esperti della materia.

(continua)

METODOLOGIA DIDATTICA:

Lezioni frontali , tirocinio tutorato, lavori di gruppo, ecc.

VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO:

Scheda di Valutazione apprendimento, test, colloquio, ecc.

RESPONSABILE VALUTAZIONE:

Coordinatore Infermieristico

FORMAZIONE PIANIFICATA

SI	NO
----	----

TIPO

I	A	Q
---	---	---

INT	EST
-----	-----

LEGENDA: A = Addestramento; I = Informazione; Q = Qualificazione; INT = Corso con docenti interni; EST = Corso con docenti esterni.

FIRMA RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE: _____

Vedi allegato n. 3 Presentazione Evento Formativo Gruppo Villa
Maria: P. Venturini, *"Finalità e struttura della
Cartella Infermieristica"* Dicembre 2005

CAPITOLO 4

VALUTAZIONE DEI RISULTATI



L'Angelus (Millet)

***“Le parole insegnano, gli esempi trascinano.
Solo i fatti danno credibilità alle parole.”***

Sant'Agostino

Introdurre contemporaneamente più elementi innovativi nella pratica lavorativa, potrebbe comportare una novità troppo grande destinata probabilmente al fallimento.

Considerando che per ogni cambiamento il personale deve avere il tempo necessario per prendere confidenza e “fare proprio” il nuovo strumento o la nuova modalità organizzativa, diventa inevitabile studiare dei tempi di introduzione e di applicazione che variano a seconda delle diverse realtà lavorative.

La valutazione dei tempi per inserire gradualmente le innovazioni da attuare, ritengo opportuno che sia fatta in accordo con la Direzione Sanitaria, il Direttore Infermieristico, il Coordinatore Infermieristico, il Responsabile Qualità e il Responsabile Medico, con l’obiettivo di individuare criteri, indicatori e standard assistenziali, al fine di poter valutare i risultati prefissati nell’assistenza.

4.1 VALUTAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Il modello di Cartella Infermieristica proposto, verrà presentato, analizzato e discusso in un incontro con l’equipe infermieristica individuata per l’UTIC; se necessario verrà corretto e modificato in base alle problematiche evidenziate.

Nel corso dell’incontro si motiverà la scelta e l’importanza di questo strumento per il miglioramento della qualità assistenziale e si verificherà la condivisione da parte del team.

La prima valutazione sulla Cartella Infermieristica, verrà effettuata in riunione con tutto il gruppo a distanza di due mesi dal suo inserimento in campo lavorativo.

Si utilizzeranno i seguenti indicatori:

- numero ingressi;
- totale numero diagnosi infermieristiche aperte;
- numero diagnosi infermieristiche corrette (ad ogni diagnosi deve corrispondere almeno 1 obiettivo ed 1 intervento);
- numero *esiti* raggiunti;
- test di gradimento sull'uso del nuovo strumento da parte del personale infermieristico.

In base ai dati ottenuti, si potrà decidere di continuare ad utilizzare il modello di Cartella Infermieristica proposto, oppure si provvederà alle modifiche necessarie, a un nuovo periodo di prova e un'ulteriore verifica.

4.2 LA VALUTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo “primary nursing” verrà presentato dal Coordinatore Infermieristico insieme al Dirigente Infermieristico in un incontro con il gruppo Infermieri di UTIC.

Nel corso dell'incontro si spiegheranno le motivazioni della scelta di questo modello organizzativo, si definiranno e si richiederà la condivisione circa gli obiettivi che si intendono raggiungere, si

formeranno dei gruppi di lavoro per valutare le migliori modalità per l'attuazione degli obiettivi prefissati e si definiranno i tempi per le verifiche periodiche (la proposta sarà di un meeting ogni 15 giorni per i primi 3 mesi).

Le verifiche si attueranno utilizzando il metodo *dell'audit professionale*.

L'audit professionale inteso come confronto per una crescita positiva, attraverso l'analisi critica dei singoli e del team di operatori, può costituire l'ambito di verifica dell'impatto clinico e organizzativo del modello assistenziale apportato.

Questo processo è, con tutta evidenza, parte integrante dei percorsi di perfezionamento e approfondimento delle capacità e competenze professionali.

Un altro strumento importante per questa valutazione può essere l'utilizzo dei "test di gradimento" progettati in modo specifico per gli Infermieri, che erogano l'assistenza utilizzando il modello organizzativo del primary nursing, e per i pazienti ai quali l'assistenza viene erogata.

L'analisi dei test compilati in forma anonima, consentono di verificare lo scostamento esistente tra la qualità dell'assistenza progettata e la qualità della assistenza percepita dal paziente.

4.3 IL RUOLO DEL COORDINATORE NELLA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Il Coordinatore che deve fare una valutazione deve tenere presente il contesto in cui opera:

- C'è un sistema di valutazione? È in via di realizzazione? Se sì la valutazione è legittimata ?
- Capire gli ambiti di applicazione, ossia gli scopi della valutazione, che possono servire sia per la progressione di carriera, sia come sistema premiante.
- Cosa si valuta; l'oggetto della valutazione non deve essere la persona ma le sue prestazioni e gli obiettivi raggiunti.

E' un processo indifferibile che qualsiasi professionista chiamato alla funzione di coordinamento non può non considerare.

Una corretta valutazione presuppone sempre una buona conoscenza di se stessi da parte del valutatore infatti, nella valutazione si può incorrere in diversi errori; i più comuni sono:

- **giudizio “sulla persona”** e non sulle prestazioni,
- **effetto alone** (quando una caratteristica condiziona positivamente o negativamente tutto il resto)
- **indulgenza** (quando non si vuole fare torto a nessuno o si lascia perdere una situazione)
- **tendenza alla severità** (spesso sintomo di insicurezza e/o inesperienza del valutatore che non riesce a gestire la situazione)
- **appiattimento** (tutto uguale a tutti)

- **influenza della memoria** (un episodio passato resta come “marchio” sulla persona da valutare)
- **errori di metodo** (convinzioni pregresse personali da parte del valutatore)

Il Coordinatore deve avere la consapevolezza di essere, per il personale in collaborazione, il primo punto di riferimento; ed ha la responsabilità non solo di dare l'esempio, ma di fare proprie le regole e i criteri che adotta nella valutazione per il personale.

CAPITOLO 5

RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO



The japanese bridge_over the Water-Lily Pond (Claude Monet)





“Ogni Coordinatore costruisce il proprio ruolo sull’autorevolezza e onestà intellettuale di cui è competente”

Il Coordinatore Infermieristico è Laureato in Scienze Infermieristiche in possesso di Master in Management Infermieristico (come da Linee Guida federazione IPASVI anno 2001), che dimostri capacità di programmazione per obiettivi, indirizzo e coordinamento dell'assistenza infermieristica, oppure Infermiere in possesso di certificato di abilitazione a funzioni direttive secondo la normativa antecedente al 1999, oppure Infermiere professionale facente funzioni di Caposala da almeno 3 anni.

5.1 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DI UTIC A VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL

A Villa Maria Cecilia Hospital il Coordinatore Infermieristico ha come “interfaccia a Monte” il Direttore Sanitario, il Direttore Infermieristico e il Responsabile Medico; come “interfaccia a Valle” l'Infermiere e il personale di supporto; come “rapporto funzionale” i Medici, Responsabile Qualità e Servizio Prevenzione e Protezione, Uffici e Servizi coinvolti nella programmazione dell'attività.

L'attività manageriale del Coordinatore Infermieristico si articola in quattro aree:

-  Gestione delle risorse umane
-  Formazione ed aggiornamento continuo
-  Vigilanza igienico/sanitaria e strutturale
-  Qualità e ricerca

Di seguito sviluppo le diverse aree, facendo particolare riferimento al Coordinatore Infermieristico di UTIC.

5.1.1 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Il coordinamento per la gestione delle risorse umane si concretizza principalmente con l'organizzazione del patrimonio umano afferente all'UTIC che è rappresentato dal personale infermieristico ed ausiliario.

L'attività di gestione presenta vari aspetti, dall'aggiornamento e verifica dei turni di presenza giornaliera del personale, comprese le prestazioni effettuate in regime straordinario, alla gestione dei conflitti che possono insorgere all'interno dello staff infermieristico e/o ausiliario.

Il Coordinatore Infermieristico collabora con il team infermieristico e medico per la pianificazione delle strategie da condividere, in base alle priorità dei bisogni assistenziali ed agli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Costruisce e sperimenta delle modalità organizzative (es. primary nursing, ecc.) per la risposta assistenziale dei pazienti ricoverati in UTIC che offrano spazi allo svolgimento delle funzioni infermieristiche e capaci di garantire risposte valide e appropriate ai bisogni individuali.

Il suo ruolo è quello di verificare il raggiungimento di tali obiettivi, eventualmente di modificare le strategie se gli obiettivi sono cambiati, valutando il carico assistenziale e quello per le risorse dedicate.

Ha funzione di accoglienza, didattica e di valutazione per il personale neoassunto affiancato, in collaborazione con l'Infermiere tutor.

Mantiene la comunicazione con i Coordinatori di altre Unità Operative, per le modalità dei trasferimenti e l'assegnazione del

posto letto, nel rispetto delle condizioni del paziente, dell'età anagrafica e delle sue richieste.

In Terapia Intensiva Cardiologica non è consentita la presenza dei famigliari al di fuori degli orari di visita; il Coordinatore fornirà ai parenti del paziente le informazioni relative alla permanenza in UTIC e le relative notizie sia di carattere generale sia particolare dell'U.O. (es. orari e modalità di ingresso dei visitatori, modalità circa le informazione relative allo stato di salute dei ricoverati, ecc.)

Al momento del trasferimento provvederà ai contatti telefonici con i famigliari dei pazienti, fornendo loro adeguate informazioni sulle modalità del trasferimento.

Mantiene corretti e fattivi canali di comunicazione con la Direzione e con i vari servizi della Struttura rappresentando il personale non medico dell'UTIC.

5.1.2 FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

Il Coordinatore deve essere da stimolo e sensibilizzare il proprio personale infermieristico alla formazione e all'aggiornamento continuo. Questi momenti vanno progettati, dopo una accurata analisi del bisogno formativo del proprio personale infermieristico, sia sulla base delle priorità formative emerse dal gruppo, sia facendo prendere coscienza circa i bisogni o aspetti latenti, che dovrebbero essere affrontati, di cui il gruppo non ha ancora consapevolezza.

La formazione si articola in diversi momenti formativi che possono essere corsi di aggiornamento interni all'azienda, corsi professionali esterni, convegni e congressi.

Compito del Coordinatore è facilitare la partecipazione del personale infermieristico a questi appuntamenti cercando di organizzare i turni di servizio in modo da dare la possibilità a tutto il personale di formarsi e di aggiornarsi.

5.1.3 VIGILANZA IGIENICO/SANITARIA E STRUTTURALE

Il Coordinatore Infermieristico esercita una supervisione per il controllo sullo stato igienico delle aree comuni dell'UTIC, delle attività di disinfezione continua e verifica la corretta applicazione degli interventi appaltati per le pulizie a fondo eseguite.

L'attività di vigilanza si concretizza attraverso la verifica del carrello per le emergenze e la relativa check-list, così come per la gestione degli stupefacenti, registro e check-list consegnate dal turno.

Inoltre le richieste di approvvigionamento, per il magazzino e farmacia come da procedura PG-03 (Procedura Approvvigionamento Farmaci); controlla il frigo farmaci e le relative registrazioni e allarmi.

È sua responsabilità il controllo delle attrezzature in uso (identificazione, funzionalità, evidenze dei controlli previsti), la richiesta di manutenzione ordinaria o straordinaria, la tenuta dei relativi rapporti di intervento da inserire nelle schede strumento.

E' responsabile della tenuta e conservazione delle Cartelle Cliniche fino al momento della consegna all'Ufficio Refertazione nonché della corretta compilazione di tutti i documenti amministrativi inerenti all'UTIC.

Sorveglia e verifica le aree comuni e la loro rispondenza ai requisiti di sicurezza enunciati nel D. Lgs. 626 (per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro)

5.1.4 QUALITÀ E RICERCA

Il Coordinatore Infermieristico realizza e attua, in collaborazione con altre figure professionali, protocolli relativi alle attività assistenziali e di prevenzione delle infezioni nosocomiali (es. cateterismo venoso centrale e gestione delle vie infusionali); sensibilizza il personale sui temi della Qualità favorendo la partecipazione a gruppi di lavoro per il miglioramento continuo della qualità.

Partecipa alle riunioni con la Direzione e il Responsabile di Qualità collaborando all'individuazione e analisi delle criticità operative, procedurali e organizzative.

CONCLUSIONI

L'UTIC, è una Terapia Intensiva molto speciale, dove è necessaria un'assistenza infermieristica complessa, caratterizzata essenzialmente dalla convivenza di competenze e sensibilità particolari nei confronti degli aspetti umani del paziente e della sua famiglia, ma anche di competenze estremamente specialistiche di tipo tecnico.

La formalizzazione di procedure e l'utilizzo di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali condivisi, assicura un livello adeguato delle prestazioni ed una razionalizzazione delle risorse. L'adozione di questa metodologia, tipica della UNI-EN-ISO 9001, prevede l'elaborazione di strumenti multidisciplinari che non può prescindere dalla necessità e volontà di dialogo fra le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

Il ruolo del Coordinatore Infermieristico è, in questo contesto, di facilitatore e promotore della metodologia che presuppone un cambiamento culturale laddove non è ancora stato raggiunto.

Progettare e definire dei sottoobiettivi a breve termine, cercando la condivisione da parte del gruppo infermieristico e soprattutto valutarne la fattibilità, potrebbe essere il metodo migliore per affrontare questo cammino che si presenta sicuramente laborioso ma non impossibile.

E' suo compito, quindi, sostenere un'etica del lavoro come rivalutazione della specificità e della dimensione qualitativa dell'esperienza individuale nel proprio lavoro, inteso e vissuto come risorsa per se stessi e per tutti coloro che ai diversi livelli contribuiscono a perseguire i principi della Politica della Salute.

Tale processo comporta la creazione di un clima lavorativo nel quale aumenti la competitività “positiva” legata ad un miglioramento del contenuto del lavoro, ad un arricchimento delle competenze professionali, ad una liberazione delle capacità creative ed innovative.

In questo modo si realizza sia l'affermazione della dignità e centralità della persona, sia l'affermazione del professionista come colui che è capace di rispondere ai bisogni del paziente, garantendo nel rispetto delle conoscenze tecnico-scientifiche attuali la risoluzione più appropriata.

Il nuovo paradigma espresso nel concetto di *empowerment*, e le decisioni che ne derivano, danno una impronta del tutto particolare al processo dinamico di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Questo favorisce una reale integrazione, uno scambio reciproco di informazioni, una maggiore definizione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno, condizione essenziale per erogare un'assistenza infermieristica di qualità alla persona in un momento particolare della sua vita.

A mio parere, solamente “***chi ha un progetto per la persona***”, può pensare, pianificare, gestire una vera organizzazione per obiettivi.

Infatti:



Nevicata (Loris Dirani)

***“Se si cura una patologia si vince
o si perde.***

***Se si cura una persona
vi garantisco che si vince, qualunque
esito abbia la terapia”***

Hunter Patch Adams

BIBLIOGRAFIA

- G.Bagni, M. Fiamminghi, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Programmazione e gestione delle risorse”*, anno accademico 2005-06.
- L. Belli, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento *“Organizzazione aziendale”*, anno accademico 2005-06.
- L.J. Carpenito, *“Diagnosi Infermieristiche – Applicazione alla pratica clinica”*, Casa Editrice Ambrosiana 2001.
- C. Calamandrei, *“L’infermiere professionale abilitato a funzioni direttive”*, Ed. NIS, 1994
- L. Dirani, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Norma UNI EN ISO 9001 e il significato del produrre in qualità”*, anno accademico 2005-06.
- DOSSIER, *“Il sistema qualità per l’accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna”*, Agenzia Sanitaria Regionale, 97-2004.
- A. Ferraresi, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“L’analisi del bisogno formativo”*, anno accademico 2005-06.
- F. Gardelli, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Economia aziendale”*, anno accademico 2005-06.
- R. Grilli, F. Taroni, *“GOVERNO CLINICO” Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell’assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
- Gruppo Villa Maria, *“Carta dei Servizi di Villa Maria Cecilia Hospital”*. Anno 2005.

- V. Manzini, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Metodologia ed organizzazione della professione”*, anno accademico 2005-06.
- M. Marletta, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“T.Q.M. nell’assistenza infermieristica”*, anno accademico 2005-06.
- G. Pontello, *“Il management infermieristico, organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000”*, Ed.Masson, 1998.
- W. Ricciardi, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Organizzazione dei servizi sanitari”*, anno accademico 2005-06.
- E. Sansavini, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Sociologia dei processi economici e del Lavoro”*, anno accademico 2005-06.
- L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni *“ Il tutor per le professioni sanitarie”*, Carrocci Faber, Roma 2003.
- M. Taglioni, P. Capucci, relazione al Master in Funzioni di Coordinamento. *“Teoria dell’assistenza infermieristica”*, anno accademico 2005-06.
- AA.VV *“ Presentazione di Strumenti e Servizi per la Qualità, le Prove e la certificazione” Atti Convegni Parma Settembre 2001.*
- AA.VV *“Management & Qualità in Cardiologia: il ruolo dell’infermiere”*, Centro Scientifico Editore, 2000.
- AA.VV *“Nursing Cuore” Atti del VICongresso Nazionale, Chianciano Terme, aprile 2003.*

ALLEGATO 1:

Planimetria UTIC, Villa Maria Cecilia Hospital.

ALLEGATO 2:

n. 5 *schede rilevazione analisi sistemica* U.O. Cardiologia.

ALLEGATO 3:

Presentazione Evento Formativo Gruppo Villa Maria:

P. Venturini, *“Finalità e struttura della Cartella Infermieristica”*,
Dicembre 2005.